DE LA

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ LA FEMME

(PÉRIMÉTRITE — PÉRISALPINGITE)

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

DE LA

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ LA FEMME

(PÉRIMÉTRITE — PÉRISALPINGITE)

PAR

Le Dr Paul CHARRIER

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Et du Service chirurgical de Gynécologie de Lourcine-Pascal

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'internat, en terminant cette thèse je me suis conformé à l'usage en remerciant tous mes maîtres de leurs savantes leçons et de toutes les bontés qu'ils ont eues pour moi. Toutefois parmi ces maîtres il en est qui m'ont tout particulièrement témoigné leur affection, je voudrais à mon tour leur exprimer de toute mon âme ma reconnaissance.

Que mon cher et vénéré maître M. le professeur Dieulafoy reçoive ici le premier cet hommage respectueux. Depuis un an, chaque jour, il m'a prodigué ses conseils et ses encouragements. Je lui dois le meilleur de mon instruction médicale et je compte comme une des plus belles années de ma vie celle qui vient de s'écouler si vite auprès de lui.

Que M. Pozzi, professeur agrégé, qui m'a fourni l'idée de ce travail et les matériaux pour le mener à bien, reçoive également la respectueuse assurance de ma profonde affection, il sait les sentiments qu'il m'a inspirés pendant l'année où j'ai eu l'honneur et le bonheur d'être son interne. Alors et depuis il n'a cessé de me donner des preuves d'estime et d'attachement, il reste et restera toujours pour moi non seulement un maître dans la plus haute acception du mot mais aussi un véritable ami.

Que M. Landouzy, professeur agrégé, reçoive à son tour l'hommage respectueux de mon affection et de ma profonde reconnaissance. Il a toujours été pour les miens et pour moi-même un ami incomparable nous prodiguant ses soins, son dévouement. Je l'ai toujours trouvé aux heures difficiles et tristes. Je ne l'oublierai jamais et je garderai toujours pour lui les sentiments d'admiration et de gratitude que je lui ai voués depuis bientôt dix ans que j'ai l'honneur d'être son élève et de me pénétrer de son enseignement magistral.

Paris, 1er février 1892.

P.-R. Charrier.

DE LA

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

CHEZ LA FEMME

(PÉRIMÉTRITE — PÉRISALPINGITE)



CHAPITRE I

Introduction. Historique analytique.

L'étude de la péritonite suppurée chez la femme est à l'ordre du jour. Par leurs tentatives hardies les chirurgiens semblent à l'étranger comme en France avoir le monopole de cette question. On ne peut cette année ouvrir un index bibliographique, lire un compte rendu d'un congrès ou d'une société savante sans être frappé du grand nombre de travaux, communications, statistiques. etc. qui ont été fournis sur le traitement des suppurations pelviennes. La Société de chirurgie retentit encore de la célèbre discussion qui s'y est élevée à ce sujet. Et cependant, si, au point de vue opératoire pur, tout a été redit sur cette question de la péritonite suppurée, il n'en est pas de même au point de vue pathologique. Les quelques mémoires qui ont été faits sur les causes, l'évolution, la symptomatologie, l'anatomie pathologique des suppurations péritonéales, sont tous de marque étrangère et de date récente. En outre pas un auteur n'est venu fournir des con-

clusions fermes et, malgré le mérite réel de beaucoup de ces travaux, les opinions contradictoires sont si nombreuses qu'après les avoir tous traduits ou analysés nous restons au même point sans pouvoir conclure. Il nous a paru toutefois que pour être irrésolue la question n'était pas insoluble, et qu'un des meilleurs moyens de lui faire faire des progrès, c'était d'abord de réunir tous ces matériaux épars, de chercher à grouper toutes ces faibles clartés qui isolées les unes des autres demeuraient sans utilité, tandis qu'en faisceau elles feraient la lumière. Il nous a également semblé qu'une pareille tâche était bien médicale, tout autant que l'étude des pleurésies purulentes dont le traitement néanmoins demeure chirurgical. Faire pour la suppuration de la grande séreuse abdominale ce que l'on a fait pour la suppuration de la séreuse thoracique, voilà le but que nous cherchons à atteindre et nous estimerons notre peine récompensée et nos longs efforts couronnés de succès si à la fin de ce mémoire nous sommes parvenus à mettre au point les conditions pathogéniques et cliniques qui président aux suppurations péritonéales chez la femme.

Nous avons borné notre travail au sexe féminin parce que chez l'homme la péritonite purulente est aussi rare que fréquente chez la femme.

Les deux grandes causes en effet qui l'engendrent chez cette dernière étant d'ordre puerpéral ou d'ordre génital, c'est-à-dire qu'elles dépendent d'un acte physiologique qui manque à l'homme, la parturition, d'une disposition anatomique également spéciale à la femme, la communication du pavillon de la trompe avec la grande cavité péritonéale. C'est surtout à cause de cette disposition unique dans l'économie que la péritonite purulente présente chez la femme tant d'intérêt et tant de fréquence. C'est également à cause d'elle et après avoir scrupuleusement étudié les travaux antérieurs que nous analyserons plus loin, que nous nous sommes surtout proposé de décrire dans ce travail la péritonite non puerpérale, celle que nous appellerons génitale ou blennorrhagique. Si le temps ne nous était pas mesuré nous aurions également décrit la péritonite à streptocoques ; mais nous nous contenterons de montrer comment elle diffère cliniquement de celle qui nous occupe.

Les expériences que nous avons faites en grand nombre et que nous faisons encore à l'heure actuelle sont surtout des expériences de

contrôle, comme on le verra dans notre historique, pour les uns il y a une péritonite blennorrhagique, pour les autres il n'y en a pas, la péritonite blennorrhagique est due à une infection secondaire du péritoine, le gonocoque de Neisser n'étant pas capable de faire suppurer seul la séreuse péritonéale. Nous exposerons sans parti pris la question, nous chercherons surtout à prouver que cliniquement la forme que nous avons en vue existe, qu'elle constitue une véritable entité morbide à symptômes variés. Pour nous, en effet, ce que les cliniciens ont décrit sous les noms de pelvi-péritonite menstruelle, péritonite congressive, etc., ne sont autre chose que l'inflammation du péritoine péri-utérin ou péri-salpingien, inflammation qui résulte d'infections microbiennes naissant dans le vagin ou l'utérus et de là gagnant de proche en proche par voie de continuité la muqueuse tubaire, son pavillon, et enfin le péritoine. Pour nous, enfin, ces infections se produisent en dehors de l'état gravide ou de l'état puerpéral, nous les opposons même à la péritonite dite puerpérale qui répond presque toujours à la présence du streptocoque dans les exsudats péritonéaux et dans le sang.

Toutefois, comme en clinique, les types tranchés sont rares et que presque toujours il existe des intermédiaires qui réunissent les extrêmes, nous montrerons qu'à côté de la péritonite aiguë purulente puerpérale, mortelle, mise en regard et opposée à la péritonite aiguë plastique blennorrhagique non mortelle, à côté, dis-je, de ces deux pôles existent des cas relativement nombreux où les deux infections se succèdent, c'est-à-dire que l'on voit des femmes ayant présenté à plusieurs reprises des poussées péri-utérines et péri-salpingiennes consécutives à la blennorrhagie, s'infecter après un accouchement, de sorte qu'il y a pour ainsi dire, un mélange des caractères des deux formes,

Aussi, tout en limitant notre travail à l'une de ces trois formes, nous aurons soin de donner un historique complet de tous les travaux, mémoires, expériences qui ont été publiés sur la péritonite purulente ou infectieuse chez la femme. Seulement tandis que nous analyserons très soigneusement les quelques travaux faits sur la forme blennorrhagique, nous ne ferons que signaler les autres ouvrages sur la péritonite quelle qu'elle soit.

Wegner (1) le premier, insiste sur la facilité de résorption du

(1) WEGNER. *Arch. für klinischem*, 1877, p. 50 à 145.

péritoine, et considère deux formes de péritonites infectieuses, l'une, A, qui succède à la perforation de l'intestin, forme typhoïde, avec abaissement de température, etc., l'autre, B, qui succède à la diffusion rapide de micro-organismes pyogènes, c'est la forme puerpérale. Wegner ne prononce pas le nom de péritonite blennorrhagique.

Non seulement nous avons recherché dans les auteurs qui avaient traité de la péritonite purulente, mais nous avons également recherché dans les ouvrages qui s'occupent de l'étiologie de la suppuration en général, afin de savoir si on attribuait un pouvoir pyogène au gonocoque, le travail de Steinhauss (1) sur l'étiologie de la suppuration, celui de Councilman (2), le mémoire de Krauzfeld (3) ne nous ont fourni aucun renseignement de nature à intéresser notre travail.

Il faut vraiment arriver au mémoire de Grawitz (4) 1886, pour se rendre compte de l'état de confusion dans lequel se trouvait l'histoire des péritonites suppurées aiguës.

Quoique rien de ses conclusions ne se rattache directement à notre thèse, il fallait cependant en avoir pris connaissance pour comprendre les difficultés qu'il y a, expérimentalement parlant, à produire des péritonites aiguës chez les animaux.

Pawlowsky (5) a repris tous les travaux de Grawitz.

Athanasius-Solovjeff (6), Orth (7), ont également repris les expériences et reproduit toutes les séries d'inoculations faites aux animaux.

1° Avec des irritants chimiques ; 2° avec des substances excrémentitielles ; 3° Avec des microbes pyogènes.

Leurs conclusions quoique un peu différentes aux uns ou aux autres offrent ce point commun à savoir que le péritoine sain offre une grande résistance et que son altération, même légère, suffit à le rendre absorbant et par suite facile à infecter.

(1) Steinhauss. *Etiologie de la suppuration*, 1890.
(2) Councilman. Même sujet. *Virchow's Archiv.*, Bd XLII.
(3) Krauzfeld.
(4) Grawitz. Contribution statistique et expérimentale à la connaissance et à l'étiologie de la péritonite aiguë. *Ann. Charité.*
(5) Pawlowsky. *Centralblatt für Chirurgie*, 1887, n° 48.
(6) Athanasius Solovjeff. *Centr. für Gynecol.*, 1889, n° 3.
(7) Orth. *Centralblat. f. Chirurgie*, 30 novembre 1889, p. 849.

Citons également les travaux de Pernice (1), de Reichel (2), de Waterhouse (3).

Gordon (4), sans prononcer le nom de péritonite blennorrhagique reconnaît cependant que chez la femme il y a deux variétés de péritonite septique qui lui sont spéciales : c'est la péritonite post partum ou post abortum et la péritonite vénérienne en dehors de toute spécificité.

En résumé, tous les auteurs que nous venons de citer, sans parler précisément du sujet qui nous occupe, admettent : 1° la grande résistance du péritoine aux irritants chimiques et même aux microbes dits pyogènes lorsque l'on a laissé intacte la faculté de résorption de la séreuse.

2° La gravité au contraire de l'épanchement du contenu de l'intestin de la cavité péritonéale.

3° La différence de résistance à l'infection, non seulement suivant la nature du microbe, mais aussi suivant le nombre de micro-organismes et suivant le sujet sur lequel ils agissent.

Nous arrivons maintenant à un nom célèbre dans l'histoire de la péritonite blennorrhagique, le D[r] E. Bumm, privat docent à Würtzbourg. Cet auteur, par l'analyse de ses opinions nous servira de transition car il s'est non seulement occupé de la péritonite blennorrhagique, mais il a également fait des recherches importantes sur la péritonite dite chirurgicale, celle qui est consécutive aux traumatismes sur l'intestin ou aux laparotomies. Ces recherches qui ont été exposées dans les annales de gynécologie, janvier 1890, sont fort intéressantes, elles résument les connaissances actuelles sur l'étiologie de la péritonite purulente, sauf en ce qui concerne le pneumocoque. Pour Bumm la péritonite septique doit être nettement séparée de la péritonite aseptique par irritation chimique. La plus importante des formes de péritonite septique, la plus fréquente est celle qui est due au streptocoque pyogène, c'est la péritonite puerpérale ; c'est également une des variétés de la péritonite chirurgicale, lorsque dans une laparotomie une poche purulente à streptocoques s'est rompue dans

(1) Pernice. Péritonite expérimentale. *Rivista di medicina e chirurgia*, 1887.
(2) De Reichel.
(3) Waterhouse. *Arch. de Virchow*, 1 février 1890, t. CXI, fasc. 2, p. 312.
(4) Gordon. *Am. J. of obst.*, août 1890, p. 801.

le ventre ou lorsque par un défaut de propreté l'opérateur ou ses aides ont apporté ce streptocoque dans le péritoine.

A côté de cette forme bien connue, il décrit une deuxième variété de péritonite septique : la péritonite putride due à l'irruption dans le péritoine du contenu de l'intestin. Pour Bumm cette péritonite septique consécutive à la rupture d'organes creux dans l'abdomen est également une des variétés de la péritonite que l'on observe à la suite d'opérations abdominales lorsque le streptocoque pyogène n'a pas été l'agent de l'infection. Cette péritonite putride est due à un grand nombre de microbes venus soit de l'intestin soit de la vessie. On a signalé le bacterium coli commune, la bactérie pyogène d'Albarran-Hallé, et l'on sait aujourd'hui, comme l'a fait remarquer mon ami Reblaud, que les 2 micro-organismes sont peut-être identiques.

Lorsqu'on opère par la méthode des plaques le triage des micro-organismes, que l'on rencontre dans l'exsudat de ces péritonites et qu'on injecte les cultures des différents micro-organismes séparés dans le péritoine des lapins ou des cobayes, l'animal supporte en général facilement cette injection. C'est là un caractère distinctif essentiel et qui sépare absolument la péritonite septique à streptocoques de la péritonite putride chirurgicale ou par perforation d'un organe creux de la cavité abdominale.

A côté de ces variétés de péritonites septiques, Bumm signale pour l'éliminer, la péritonite blennorrhagique comme n'étant pas suffisamment démontrée.

Revenant sur cette opinion au 4e congrès de gynécologie, il a fait une communication basée sur dix années d'études et de recherches toutes contrôlées par le microscope :

1° Chez la femme comme chez l'homme, la gonorrhée est une affection superficielle de la muqueuse. Les gonocoques pénètrent dans l'épithélium jusqu'au tissu conjonctif, mais ils ne pénètrent pas dans ce dernier. L'épithélium qui, dès le début, est emporté par une forte suppuration, se régénère rapidement et devient plus épais et pavimenteux. A partir de ce moment, la pénétration des gonocoques s'arrête en général : ils ne pullulent plus que dans les sécrétions, où ils peuvent après cela rester présents pendant des mois et des années.

2° Les gonocoques n'ont rien à voir dans les processus septiques ; ils peuvent à la vérité produire de la suppuration sur les muqueuses,

mais ils périssent dans le tissu conjonctif. Quand il y a des phénomènes septiques, il s'agit d'infections mixtes. Si les germes pyogènes se trouvent si fréquemment dans le pus gonorrhéique, c'est que la sécrétion génitale, altérée par la maladie, rend possible pour ces microbes une colonisation ayant son origine au dehors. Mais M. Bumm n'a pas réussi avec la même facilité que M. Wertheim à cultiver le gonocoque dans le pus des pyosalpingites et il ne croit pas beaucoup à un rôle étiologique si fréquent de ce micro-organisme dans cette lésion.

3° L'urèthre et le col utérin sont le siège de la gonorrhée chez la femme. L'infection du col ne cause des douleurs que dans le commencement ; une fois devenue chronique, elle peut durer des années sans malaise. Des phénomènes plus graves ne se manifestent que lorsque l'infection passe de là dans la cavité du corps, puis dans les trompes. Mais les gonocoques ne sont pas doués de mouvements propres et ne peuvent s'étendre que par segmentation et sur de courtes étendues. Quand il se répandent sur de grandes étendues, cela exige un entraînement mécanique, par les sécrétions. Dans les conditions normales, l'isthme de l'utérus s'oppose à l'entrée de la sécrétion cervicale dans la cavité du corps, et par là aussi il empêche l'importation de l'infection gonorrhéique dans cette cavité. Parmi les influences qui peuvent favoriser cette propagation, il faut compter en première ligne la menstruation. Des mouvements violents pendant la menstruation peuvent occasioner un reflux du courant sanguin et amener ainsi les germes dans le corps. Il faut tenir compte en seconde ligne d'influences mécaniques telles que le coït, l'emploi de l'hystéromètre, le traitement intra-utérin. La puerpéralité ne vient qu'en troisième ligne, et en tous cas, ce qui va avec l'opinion précédemment émise sur l'incapacité du gonocoque à causer des accidents septiques. M. Bumm ne croit pas que ce microbe puisse provoquer des accidents perpuéraux graves.

Quand les gonocoques ont atteint la cavité du corps, il doit se produire, là aussi, pendant la menstruation, par exemple, des conditions mécaniques qui font que les orifices tubaires peuvent être franchis à leur tour.

Finalement, le rapporteur examine avec quelle fréquence la cavité

du corps et les trompes sont ainsi infectées et si cette infection amène des complications graves et de longue durée.

Pour trancher cette question, les renseignements fournis par les cliniques de gynécologie ne sont pas décisifs, parce que les femmes atteintes de simple gonorrhée cervicale, ne consultent généralement pas aux cliniques, tandis que celles qui sont atteintes d'une affection gonorrhéique grave se présentent naturellement presque toutes.

Pour obtenir des chiffres exacts, tous les cas (graves ou bénins) doivent être observés en grand nombre pendant un temps suffisant, en ayant soin de bien noter les complications.

Si l'on agit ainsi, on s'apercevra que l'importance attribuée à l'infection blennorrhagique dans la genèse des infections génitales graves chez la femme est maintenant exagérée, comme elle avait été autrefois trop négligée.

Dans 53 cas d'infection gonorrhéique que le rapporteur a pu observer ou dès leur origine, ou très peu de temps après leur début, en continuant ses observations au moins pendant 5 mois, il a trouvé le col infecté dans 75 0/0 des cas. Dans 15 0/0 seulement des cas, il y avait infection de la cavité du corps, et il n'y eut que 2 cas, c'est-à-dire 35 0/0 de gonorrhée de la trompe.

Cette communication était une réponse à la communication de Wertheim, que nous exposons à la page suivante.

Pour nous, malgré la grande autorité de Bumm, son argumentation nous paraît aussi défectueuse lorsqu'il nie l'influence de la blennorrhagie sur les infections du péritoine pelvien chez la femme, que lorsque son contradicteur Wertheim prétend qu'il est facile de cultiver le gonocoque et de donner des preuves expérimentales; le point de vue que tous les deux ont oublié d'envisager c'est le point de vue clinique et c'est celui que nous voulons mettre en lumière dans le présent travail. Sans doute, lorsqu'on trouve le gonocoque dans le pus des salpingites ou dans le pus des sécrétions de l'utérus et du vagin, on peut affirmer la blennorrhagie, mais de ce que le gonocoque manque sous le microscope, cela ne veut pas dire qu'il n'a pas été la cause déterminante de l'infection.

Wertheim. Cet auteur a fait une communication importante sur le rôle étiologique de l'infection gonorrhéique dans les affections génitales graves chez la femme (1).

(1) Communication au 4e *congrès de la Société allemande de gynécologie.*

« Tant qu'on a admis, dit-il avec Bumm, que le gonocoque de Neisser ne peut vivre que sur l'épithélium cylindrique, on a douté, malgré les faits cliniques, de la péritonite blennorrhagique. D'après Bumm, le pus blennorrhagique tombant dans le péritoine s'y enkyste comme un corps étranger, mais ne provoque pas d'inflammation. Pour qu'il y ait péritonite, il faut qu'au gonocoque s'ajoutent des microbes pyogènes ordinaires. Mais les recherches de Touton, Dinkler, et Jadassohn ont prouvé que le gonocoque peut pénétrer dans les épithéliums pavimenteux. Menge a plusieurs fois trouvé ce microbe dans le pus d'arthrites blennorrhagiques. Cela étant, il pense que la péritonite à gonocoques devient très admissible ; on objecte l'absence ordinaire de réaction après les laparotomies où l'on rompt dans le péritoine une trompe suppurée, mais cela peut très bien tenir soit à l'emploi des antiseptiques, soit à la virulence atténuée dans ces pus depuis très longtemps collectés.

Pour juger la question expérimentalement, on redoutait un obstacle : le péritoine des animaux ne serait-il pas réfractaire au gonocoque aussi bien que leurs muqueuses ? mais ce n'est là qu'une hypothèse, et je me suis décidé à voir ce qu'elle valait.

D'abord j'ai fait des cultures et des inoculations à l'homme qui ont absolument confirmé ce que nous a appris Bumm sur le rôle du gonocoque dans la genèse de la blennorrhagie, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. J'ai constaté que la culture sur plaques est facile, sur le sérum de sang humain additionné d'agar ; ces cultures injectées dans l'urèthre de l'homme y causent la blennorrhagie ; au bout de 4 à 5 semaines encore on peut les ensemencer sur du sérum frais et elles se développent si on ne les a pas laissées sécher ; elles sont au bout de ce temps encore virulentes pour l'urèthre de l'homme.

J'ai ensuite étudié bactériologiquement le pus des pyosalpingites que j'ai rencontrées : toujours j'y ai trouvé des gonocoques, parfois rares, il est vrai, et la méthode des cultures est à cet égard bien plus sensible que celles des colorations. Sur six cas, une fois l'examen histologique ne m'a montré aucun microbe dans le pus, et l'ensemencement m'a donné sur une plaque une douzaine de colonies, vérifiées par l'inoculation à l'urèthre. Donc, le pus des pyosalpingites contient des gonocoques encore virulents. La preuve par les cultures et les inoculations est irréfutable, tandis que par l'examen histolo-

gique et la méthode de Gram on peut conserver des doutes sur la réalité de la salpingite blennorhagique.

Cela étant, dans quelles conditions le gonocoque peut-il provoquer une péritonite? Ici il faut se souvenir que les microbes pyogènes ordinaires ne sont capables d'infecter le péritoine que dans les deux conditions suivantes : ou bien, par des irritations mécaniques ou chimiques, le pouvoir absorbant de la séreuse est diminué ; ou bien avec les microbes on injecte une quantité suffisante de milieu de culture. En outre, la susceptibilité de divers animaux varie La souris blanche est ce qui convient le mieux, puis le cobaye, puis le lapin et le rat, enfin le chien. J'ai opéré en introduisant dans le péritoine une culture pure accompagnée d'un morceau gros comme une lentille du milieu de culture. Déjà au bout de 24 heures, il y a manifestement une péritonite séro-purulente, ayant son maximum autour du petit fragment de milieu de culture ; et l'examen histologique montre des gonocoques en abondance infiltrant le péritoine et ses cellules. Mais à partir de ce moment les gonocoques deviennent vite difficiles à colorer : il est vrai que par l'ensemencement du pus on les met encore en évidence. Si on laisse l'infection évoluer, elle ne cause pas la mort, mais se termine simplement par adhérences. On peut même infecter le péritoine à l'aide d'une culture vieille de 10 jours, ne contenant plus que des gonocoques difficiles à colorer.

Donc la péritonite à gonocoques est possible chez certains animaux. Ce fait est important, car il prouve nettement que le gonocoque peut vivre sur un épithélium pavimenteux et de là se propager dans les espaces conjonctifs de la même manière que les autres microbes pyogènes. Je sais bien qu'en général il ne faut pas trop précipitamment appliquer à l'homme les résultats obtenus expérimentalement sur les animaux ; mais, dans l'espèce, il faut remarquer que l'homme est, si l'on en juge au moins par ses muqueuses, l'animal le plus sensible au gonocoque.

Cela étant, j'admets la fréquence, démontrée, des infections mixtes, dans l'étiologie des diverses infections péri-utérines, mais je prétends que cette infection mixte n'est pas nécessaire ; le gonocoque non seulement peut faire suppurer le péritoine ; mais même il est capable de pénétrer dans la profondeur des tissus. Dans 16 pyosalpingites, dont 10 examinées au microscope et 6 par les cultures, j'ai trouvé

le gonocoque seul : et qu'on n'aille pas dire que seul il a survécu tandis que disparaissaient les microbes pyogènes, car les expériences de Menge ont bien prouvé que ces derniers ont une résistance bien supérieure à la sienne.

L'opinion de Bumm, de Zweifel est que le gonocoque prépare le terrain à l'évolution des microbes pyogènes. J'ai donc étudié cette question en ensemençant du streptocoque ou du staphylocoque sur une culture de gonocoque stérilisée par la chaleur (55° à 60°) au 15e jour. Or, j'ai plutôt constaté une diminution dans l'aptitude du terrain à cultiver ces microbes.

Voilà pour les salpingites. Restait la question des abcès ovariques, avec participation du stroma. Or, dans deux abcès de l'ovaire, j'ai trouvé le gonocoque à l'état de pureté. Dans les deux cas, il n'y avait aucun contact direct entre l'ovaire et la poche tubaire, en sorte que j'admets l'infection par évolution à travers les tissus.

Le gonocoque n'est d'ailleurs pas la seule cause des abcès ovariques : après les accidents puerpéraux, c'est le streptocoque qui est en jeu, comme j'ai pu le constater 3 fois. »

Les recherches précédentes dont nous venons de donner un résumé nous ont paru tout à fait intéressantes parce que jusqu'à Wertheim personne n'avait pu reproduire chez les animaux la péritonite gonorrhéique et d'après sa communication il semble avoir réussi ; nous avouons avoir en vain cherché à reproduire ces expériences, nous les continuons encore en ce moment, mais nous craignons qu'il y ait là erreur d'interprétation.

Néanmoins il nous faut encore signaler le cas de Ceppi, 1887, où cet observateur relate l'incision faite par la voie cutanée abdominale d'un exsudat péritonéal abondant contenant des gonocoques à l'état de pureté.

De même le travail de Sinclair dans le *Medical chronicle*, octobre-novembre 1886, que nous avons lu et analysé et qui aboutit à des conclusions analogues à celle de Sänger.

Sänger a continué et commenté les travaux de Noggerath dans une communication à la Medicinische Gesellschaft de Leipzig, il a confirmé les affirmations de Ricord et dans une exagération voulue il admet que sur les femmes qui cohabitent ou sont mariées avec des hommes atteints de blennorrhagie ancienne, il y en a 90 sur 100 qui

sont contaminées ; il insiste sur la gravité de cette statistique au point de vue de la stérilité, puis il énumère toutes les localisations de la blennorrhagie et arrive à cette conclusion que la salpingite gonorrhéique et consécutivement la péritonite sont presque fatales, lorsqu'il y a une endométrite plus ou moins durable, il cite enfin les travaux de :

Orthmann, Westermark, Schmidt qui ont trouvé le gonocoque dans le pus de salpingites et conclut cependant que les infections péritonéales sont sans doute mixtes, c'est-à-dire puerpéro-gonorrhéiques.

Toutefois, citant Noggerath, qui, comme nous, admet 2 formes, une aiguë avec rémittence et une chronique, il ne combat pas ces conclusions et se pose même, sans y répondre, la question suivante à laquelle il nous paraît facile au contraire de donner une réponse satisfaisante : « comment se fait-il, dit Sänger, que dans tel cas l'infection tubaire et péritubaire affecte une malignité extraordinaire aboutissant par exemple à la formation de collections purulentes énormes, à la suppuration du péritoine voisin, aux grands abcès pelviens, tandis que dans tel autre elle se montre relativement bénigne sans aucun caractère destructif ? » Pour nous il ne s'agit pas de la virulence plus ou moins grande des micro-organismes mais bien de l'adjonction dans ces cas graves de microbes malins, tels que le streptocoque, etc.

Kaltenbach, Martin, Krömer signalent aussi la fréquence des accidents graves qui surviennent chez les femmes atteintes de blennorrhagies devenant enceintes et attribuent à la puerpéralité la gravité des accidents, se séparant sur ce point de Sänger qui croit que tous les accidents sont dus à une infection mixte où le gonocoque existe comme préparant les voies à l'infection par le streptocoque.

On peut se rendre compte en lisant les travaux de Menge (1), de date toute récente, que cet auteur admet la possibilité d'une infection blennorrhagique pure du péritoine et des annexes en réclamant seulement un supplément d'enquête.

Dans ce travail très documenté, au cours duquel il rappelle, en les discutant, les études antérieures, l'auteur touche à des points fort intéressants : mise en évidence des gonocoques dans le pus de salpin-

(1) MENGE. *Zeits. f. Geb. z. Gyn.*, 1891, Bd XXI, Hft 1, p. 119.

gites gonorrhéiques, question de la péritonite gonorrhéique, etc., relate les résultats fournis par ses observations personnelles et en dégage un certain nombre de considérations pour lesquelles il réclame un supplément d'enquête. Ses observations ont été recueillies à la « Clinique gynécologique privée » d'A. Martin. Dans 26 cas, l'auteur a fait l'examen histologique des produits de maladies suppurées des trompes. Cet examen a permis de constater, dans 8 cas, la présence des bactéries dans le contenu purulent des trompes. Dans 4 de ces cas, on obtint des cultures pures de ces micro-organismes : 2 fois elles donnèrent 1 streptocoque pyogène, 2 fois le staphylocoque pyogène blanc, 1 fois un bacille, 3 fois la culture resta stérile, mais, à l'examen microscopique, on constata une fois une variété de diplocoques agrégés en amas et vivant libres en dehors des cellules du pus, dans les trois autres cas, on constata le gonocoque de Neisser, (Westermark, Orthmann, Stemann, Schmitt, en avaient signalé chacun un cas, Wertheim 5 cas, et Zweifel 7 cas, ce qui donne dix-neuf cas où fut constatée la présence du gonocoque de Neisser).

Ce sont évidemment ces trois derniers résultats qui intéressent surtout l'auteur. On sait, en effet, que longtemps ses recherches faites dans le but d'établir la relation causale qu'on supposait exister entre le gonocoque de Neisser et un certain nombre d'affections suppurées de la trompe étaient restées négatives.

L'auteur relate, en détail, ces 3 observations, et les fait suivre de la description des résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique et bactériologique. Il étudie ensuite la symptomatologie de l'affection, expose le diagnostic différentiel avec les néoplasmes, la tuberculose des trompes, la grossesse tubaire, les affections aiguës et chroniques des trompes, l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx, etc.., puis, mettant en parallèle les avantages de la méthode expectante et active, il se prononce résolument pour l'extirpation chirurgicale des trompes suppurées. En ce qui concerne la technique opératoire, il fait cette remarque, que les opérateurs montrent une trop grande tendance à opérer vite, sous le double prétexte que les micro-organismes disparaissent au bout d'un certain temps au sein des produits suppurés des trompes, que dès lors le contact de ces produits suppurés avec le péritoine ne crée pas de dangers sérieux, et que la rapidité de l'opé-

ration est une condition importante de succès. Or, il faut savoir que les micro-organismes n'ont pas toujours disparu, qu'en conséquence le pus possède parfois des qualités de virulence marquées, et qu'on s'expose à de graves mécomptes en ne prenant pas toutes précautions pour éviter son irruption dans la cavité abdominale ou pour en prévenir les effets.

En terminant, l'auteur discute, avec tous les développements qu'elle comporte, cette question intéressante, sur laquelle l'accord est loin d'être fait : les agents organisés, spécifiques de la gonorrhée des muqueuses, sont-ils capables, une fois transportés sur le péritoine et sur une séreuse, de déterminer, à ce niveau, un processus inflammatoire spécial ?

Déjà un grand nombre de chercheurs, et précisément des gynécologistes, ont soulevé et étudié ce problème. Il y a longtemps que Fritsch a émis l'opinion que la périmétrite, dans la gonorrhée tubaire, doit être considérée comme le résultat de l'action spécifique du champignon gonorrhéique sur le péritoine consécutive à l'inoculation du pus virulent sur la séreuse. Par contre, Sänger, dès 1886, rapportait les processus inflammatoires du péritoine non au gonocoque lui-même, mais à une affection mixte. Bon nombre d'auteurs se rangent à cette opinion.

On sait que Bumm, dans sa monographie sur le gonocoque de Neisser, a déclaré que le champignon de la blennorrhagie n'est capable d'entamer que l'épithélium cylindrique, en conséquence les muqueuses qui en sont tapissées, que ce sont les seuls tissus du corps humain au niveau desquels il puisse se développer. Il ajoute que la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, observée dans la phase de réparation de l'épithélium au cours du processus genorrhéique de la conjonctive, doit être tenue pour un processus spécial de guérison, parce que cette transformation épithéliale met un terme à de nouvelles infractions de l'agent infectieux et que, d'autre part, les cocci anciens meurent au sein des tissus. A la fin de l'année précédente, à la réunion des naturalistes, tenue à Heidelberg, dans son travail sur la péritonite, il a déclaré, en se fondant sur l'absence des gonocoques dans les produits inflammatoires du péritoine, que les bactéries de la gonorrhée sont incapables de provoquer une péritonite spécifique, par la raison que le péritoine possède un épithélium plat.

Schmitt a également soutenu que, seul, l'épithélium cylindrique, ou un épithélium très semblable, est incapable de résister à l'agent gonorrhéique. Mais, dans ces dernières années, on a publié plusieurs observations qui prouvent que les gonocoques peuvent même pénétrer dans l'épithélium pavimenteux, et non seulement dans l'épithélium jeune, délicat, comme celui qui tapisse le vagin infantile, mais même dans celui des personnes adultes. Touton, Dinkler, Tadassohn ont communiqué des faits de cet ordre.

Touton pense que la forme des cellules épithéliales n'a rien à voir avec la pénétration des gonocoques dans les tissus, mais que « la condition essentielle de cette pénétration réside dans les dimensions des espaces valvulaires, inter-cellulaires, dans la consistance de la substance unissante, et dans la délicatesse des cellules protoplasmiques ». Si ces considérations sont justifiées, on conçoit la possibilité de l'infection gonorrhéique du péritoine, dont l'épithélium réunit précisément les caractères précédents.

D'autre part, il existe plusieurs observations signalant la présence de gonocoques dans les produits inflammatoires de synoviales articulaires (Petrone, Kammerer, Bergmann, Hartley), Bumm incline à rapporter aux microbes pyogènes communs l'inflammation gonorrhéique de l'articulation du genou. Bornemay et Auber ne réussirent jamais à mettre en évidence dans le pus des arthrites suppurées du genou, au cours de la gonorrhée, des gonocoques. Aussi le dernier n'hésita-t-il pas à affirmer que la cause essentielle de la phlegmasie du genou était une infection mixte. Mais, ces résultats négatifs ne démontrent pas davantage contre la nature gonorrhéique du pus articulaire, que l'infructuosité des recherches de gonocoques, dans le pus des trompes, n'est de nature à infirmer un diagnostic d'infection blennorrhagique, tubaire, établi d'après les commémoratifs.

Si, jusqu'à présent, on n'a pas fourni une explication satisfaisante du transport des gonocoques jusqu'à l'articulation du genou, cette lacune et le doute qu'elle suggère sur l'exactitude des constatations annoncées par certains des auteurs précédents, ne suffisent pas pour faire renoncer à la démonstration de la présence des gonocoques dans le pus de cette articulation.

Il faut également ajouter que la synoviale, membrane très analogue

au péritoine par sa structure anatomique et surtout par son revêtement épithélial, peut être le siège d'une affection gonorrhéique.

Si l'on admet aussi que les gonocoques sont des agents réels de suppuration, se rapprochant beaucoup, sous ce rapport, des cocci que nous voyons si souvent agir d'une façon fâcheuse dans le péritoine, il devient impossible de nier la possibilité d'une péritonite par gonocoques, par l'unique raison que les recherches bactériologiques, même de beaucoup de cas, n'auront jamais décelé la présence du champignon gonorrhéique dans les produits inflammatoires. Il faut se souvenir que malgré les efforts de chercheurs zélés (Gusserow, Cornil, Terrillon, Noggerath) (1) beaucoup de temps s'écoula avant que Westermark (2), pour la première fois, réussit à mettre en évidence les gonocoques dans le pus tubaire. Peut-être en est-il ainsi de la péritonite gonorrhéique ; il est très vraisemblable que, pour être tardive, la démonstration de son existence se fera comme s'est faite celle de la salpingite gonorrhéique.

On ne peut dire que la péritonite gonorrhéique n'existe pas.

1° En effet, conclut Menge, dans tous les cas, les cocci se sont trouvés dans la cavité abdominale en contact avec des antiseptiques, qui sans pouvoir incontestablement amener la mort des bactéries, ont certainement influé sur leur virulence. Mais on a souvent constaté la présence et la vitalité des gonococci de Neisser dans l'urèthre, malgré l'emploi des antiseptiques.

2° On a dit que le degré de toxicité et la vitalité des germes plongés dans les masses purulentes devraient être pris en considération. Cette objection n'a pas de valeur, car cette toxicité et cette vitalité peuvent être très développées dans les masses purulentes, ou faire directement des produits toxiques. Les faits de Wertheim, de Zweifel, sont là, et les opinions de Schmitt (3), de Bumm sont plus que contestables.

Enfin, la solution de cette dernière question en entraîne une seconde : savoir, si les formes inflammatoires aiguë ou chronique de la séreuse pelvienne que l'on rencontre habituellement dans la salpingite gonorrhéique, et dont les conséquences peuvent être des adhérences étendues ou une péritonite généralisée, sont dues à une infection gonorrhéique

(1) Noggerath. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, 39.
(2) Westermark. *Centr. f. Gyn.*, n° 10, 1886.
(3) Schmitt. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXV, 1.

spécifique du péritoine pelvien, ou si elles sont dues à une irritation chronique des sécrétions qui s'écoulent, ou si elles sont le produit d'une infection mixte.

Les travaux de Orthmann, Kreibohm, Rosenbach, Gravitz, Bary, Scheuerlen, Wyssokowitsch ont démontré que les matériaux chimiques irritants, et en première ligne la toxine provenant des bactéries pyogènes et d'autres bactéries, peuvent devenir la cause de suppurations aiguës. Toutefois les suppurations produites chimiquement n'ont été observées jusqu'à présent que dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les muscles, mais jamais dans la cavité péritonéale. Perpice, Pawlowsky, Fraenkel n'ont produit ainsi que des péritonites séreuses séro-fibrineuses, et hémorrhagiques.

Il ne reste donc, comme cause étiologique pour les formes suppuratives des inflammations péritonéales qui compliquent la gonorrhée tubaire, que les agents qui déterminent cette gonorrhée, ou ceux qui agissent par infection mixte, tandis que pour les autres formes inflammatoires de la séreuse pelvienne, l'action chimique de la toxine du pus pourrait entrer en ligne de compte.

Il est à désirer que les recherches bactériologiques se multiplient pour fixer définitivement la question.

Comme conclusion de ce travail, l'auteur ajoute encore une remarque au point de vue du procédé antiseptique dans la salpingotomie pour maladie suppurée des trompes, point que Boisleux a déjà signalé au congrès de Berlin.

Toutes les fois que, pendant le cours de l'opération, le contenu purulent s'écoule accidentellement d'une trompe dans le péritoine, il faut modifier le procédé aseptique opératoire, et employer pour la toilette du péritoine, un antiseptique, car si le pus est souvent privé de germes, il peut, dans quelques cas, contenir des micrococques virulents du pus.

Comme de plus, ce pus libre de bactéries, par son contact avec le péritoine, agit d'une façon chimique pour déterminer des inflammations, et que c'est peut-être à ces actions chimiques que sont dues ces adhérences étendues qui se produisent après l'opération, il faut, étant données les expériences de Behring sur l'action paralysante de l'iodoforme sur la toxine libre des bactéries, saupoudrer la cavité abdominale de ces patientes de faibles quantités d'iodoforme, lorsque le pus des trompes s'est épanché dans leur péritoine (Menge).

Comme on le voit par cet historique détaillé il faut arriver à l'année 1890 et à cette année 1891 pour que la péritonite d'origine blennorrhagique commence à sortir de l'ombre. La raison, croyons-nous, vient de ce fait que le gonocoque est particulièrement difficile à cultiver et que beaucoup d'auteurs se sont refusés à admettre l'existence d'une maladie qu'ils ne pouvaient prouver par des preuves bactériologiques. Nous nous sommes alors demandé si cliniquement il existait une péritonite vénérienne puisqu'on ne peut prouver l'agent spécifique qui l'engendre, en d'autres termes: la péritonite puerpérale ou à streptocoques, la péritonite par perforation, la péritonite opératoire, de plus en plus rare, sont faciles à reconnaître au lit du malade, et si, pour cette dernière, il est difficile de préciser quel est le micro-organisme qui joue le rôle prépondérant, néanmoins les lésions macroscopiques, l'agent de l'exsudat, répondent bien à une allure clinique spéciale. En est-il de même de la péritonite blennorrhagique ou vénérienne? On peut hardiment répondre oui. Bernutz et Goupil le premier surtout, ont cherché à la décrire, cette péritonite blennorrhagique ; ils l'ont comparée à l'orchite chez l'homme, et comme cette comparaison avait séduit Bernutz il a forcé la note et pris l'analogue pour l'identique. Mais, néanmoins, et en faisant la part de l'exagération qu'éprouve tout auteur à défendre une opinion qui lui est chère, combien suggestives sont les observations publiées par lui dans les Archives de médecine, et dans son traité de la pelvi-péritonite, nous les donnons en entier parce qu'elles sont suivies d'autopsies, de même celle de Thiroloix, Balzer, et nous y joignons les nôtres, nos observations personnelles qui ont eu le contrôle opératoire après avoir eu l'allure clinique. Enfin nous recommandons surtout de lire l'observation de la nommée Dautrem... et celle de la nommée H..., lit 21, encore dans nos salles ; on verra combien calquées les unes sur les autres sont ces observations, et je ne crois pas qu'il puisse y avoir de meilleures raisons pour admettre l'existence de la péritonite dont nous allons chercher à donner un tableau fidèle.

CHAPITRE II

Symptomatologie. Formes cliniques. Diagnostic.

A une époque absolument variable par rapport à l'écoulement, la pelvi-péritonite blennorrhagique néanmoins, n'apparaît jamais, pour Bernutz, avant le 8e jour et rarement après le 40e jour, cette dernière affirmation nous semble un peu hypothétique, quoi qu'il en soit comme on doit dans une description prendre le type le plus commun nous accepterons les chiffres du savant clinicien et comme lui nous dirons que c'est en général dans le 2e et le 3e septénaire qu'apparaît la pelvi-péritonite et ici nous ouvrons une parenthèse qui est indispensable. Que doit-on entendre par pelvi-péritonite? faut-il comme Delbet dans son livre des suppurations pelviennes ne comprendre sous ce nom que l'affection caractérisée par un rapide épanchement rétro-utérin et réserver le nom de péri-métrite, péri-salpingite, péri-ovarite aux affections chroniques ou localisées, ayant pour point de départ la métrite, la salpingite, etc. ?

A cette question nous répondrons hardiment non, comme l'a très bien fait observer M. Pozzi à ceux qui lui reprochaient d'avoir rayé la pelvi-péritonite de son traité ; je ne l'ai pas rayée, je l'ai baptisée autrement et je l'ai appelée péri-métro-salpingite, regrettant que l'euphonie ne m'ait pas permis de l'appeler péri-métro-salpingo-ovarite ; de même nous dirons qu'à nos yeux la pelvi-péritonite répond à toutes les variétés précédentes et qu'au point de vue spécial qui nous occupe la pelvi-péritonite blennorrhagique suit toujours l'inflammation vagino-métro-tubaire, ce qui est justement un signe capital c'est la tendance à la localisation et aux adhérences, plus que nulle autre c'est de toutes les pelvi-péritonites infectieuses la plus adhésive et la plus localisée, et, si ses symptômes sont au point de vue fonctionnels très semblables les uns aux autres dans toutes ses localisations, néan-

moins il est légitime de dire qu'on peut suivre pas à pas la marche progressive de l'infection gonorrhéique ; tantôt le processus les franchit vite, ces étapes qui se nomment le vagin, l'utérus, la trompe ; tantôt au contraire, pour une raison ou pour une autre, il s'éternise dans l'un ou l'autre de ces points, et en tous cas dans toutes les autopsies que nous relatons, dans toutes les opérations faites sous nos yeux, le péritoine périmétro-salpingien enflammé, adhérent avait subi des altérations par voie de contiguïté ; le gonocoque malgré les différences de structure des muqueuses de ces organes les avaient visitées les unes après les autres et l'on peut affirmer qu'il n'y a jamais de trompes saines dans la pelvi-péritonite blennorrhagique.

Ainsi quelquefois la métrite est très peu marquée, localisée au col, la vaginite aussi a eu peu d'intensité, c'est le cas le plus rare, le plus souvent et de même que chez l'homme l'orchite est toujours précédée par l'uréthrite, chez la femme la pelvi-péritonite que Bernutz a appelée l'orchite féminine, est précédée par des symptômes d'infection du vagin et de l'utérus ; sans aucun doute quand la trompe est prise, le péritoine qui l'entoure et celui ou son pavillon vient s'ouvrir ont de tels rapports avec elle que l'on peut confondre la périsalpingite et la salpingite ; toutefois en analysant très soigneusement les symptômes on peut se convaincre que presque tous les signes révélateurs de l'infection gonorrhéique de la trompe appartiennent à la propagation péritonéale.

Si la voie lymphatique ou vasculaire peut à bon droit être incriminée dans la péritonite puerpérale, comme les recherches de Widal (1) l'ont démontré, dans le cas qui nous occupe les lésions macroscopiques sont des lésions de propagation, et au point de vue histologique si l'on n'a pu retrouver le gonocoque, c'est qu'il est par excellence un agent de destruction superficielle ; ce sont les cellules épithéliales seules au milieu desquelles il cause des désordres et ou cependant on ne peut le retrouver car il se cantonne dans les globules de pus. Déjà, avant les recherches microbiologiques, Bernutz avait entrevu cette inflammation se propageant de muqueuse à muqueuse, c'est pour cela que nous n'admettons guère les divisions de Delbet ; le péritoine du petit bassin chez la femme, lorsqu'il subit l'infection blennorrhagique commence presque toujours par s'altérer au niveau des franges du

(1) Thèse doct., 1889. G. Steinheil

pavillon, c'est de là que partent les phénomènes inflammatoires et presque toujours c'est d'un côté que commence la péritonite ; l'unilatéralité de la pelvi-péritonite blennorrhagique au début est signalée dans presque toutes nos observations. Il n'en serait pas ainsi si les micro-organismes suivaient les vaisseaux au lieu de passer de muqueuse à muqueuse.

Peu de temps après le début des symptômes douloureux unilatéraux l'autre côté est pris à son tour et rarement, très rarement, il n'y a qu'un côté de pris sauf dans les cas très légers.

Ainsi la péri-salpingite blennorrhagique, tout en ayant un début brusque, peut néanmoins être considérée comme étant précédée pendant un nombre variable de jours par des lésions vaginales et utérines même qui entraînent avec elles des signes fonctionnels importants.

·La métrite surtout a tous les caractères de la métrite aiguë lorsque le corps et le col sont malades plusieurs jours durant; la malade accuse de la pesanteur à l'hypogastre, des tiraillements dans les lombes, en somme le syndrome utérin existe dans la métrite blennorrhagique, je ne parle pas des signes physiques que je signale à l'étiologie en donnant les preuves qui permettent de dire qu'une poussée péritonéale est due à la blennorrhagie, tantôt ces prodromes métritiques persistent plus d'un septénaire tantôt moins, puis à l'occasion d'un excès quelconque, marche prolongée, excès sexuels, à l'occasion d'un examen médical intempestif et surtout, disons-le bien haut, au moment des règles, que celles-ci viennent ou ce qui arrive souvent qu'elles soient supprimées, brusquement la femme accuse une violente douleur abdominale, c'est le cri d'alarme de Bernutz, mais il y a loin, croyons-nous, de ce cri d'alarme précédé par tous les troubles fonctionnels et morbides que nous avons énumérés aux plaintes atroces qu'une poche suppurée rompue, une anse intestinale perforée, arrache à la malade, il y a loin encore de cette douleur très vive, je le veux bien, mais néanmoins n'amenant pas la syncope et qui est en tout cas supportée quoique douloureusement par les malades, à celle que l'on observe dans l'hématocèle rétro-utérine ; il ne faudrait pas, en effet, comparer la douleur du début de la péritonite blennorrhagique à quelques-unes de celles que nous venons de signaler.

Le plus ordinairement, comme nous venons de le dire, la malade est prise brutalement d'une douleur profonde, poignante, lancinante survenant dans le flanc gauche ou droit, dans le flanc gauche peut-

être plus souvent que dans le droit. Cette douleur venue spontanément persiste et s'exaspère si la malade fait le moindre mouvement et c'est courbée en deux, le facies altéré par la souffrance, que la femme vient consulter, à moins que l'on assiste, comme nous l'avons souvent fait dans nos observations à toute cette période prémonitoire. En même temps la femme éprouve des nausées, des vomissements même et du météorisme, mais ces trois symptômes sont souvent peu marqués et il faut les chercher. La constipation est également beaucoup moins constante que dans la pelvi-péritonite puerpérale et surtout on n'observe nullement les signes généraux qui caractérisent la pelvi-péritonite puerpérale, ou à streptocoques. On n'a jamais ces frissons répétés, intenses, persistants. La température peut cependant s'élever et atteindre même 40°, mais cela se voit plutôt à une période plus avancée de la maladie alors que les adhérences sont constituées et que dans la trompe il y a une petite quantité de pus. Dans ces cas même la fièvre n'a pas les grandes oscillations que l'on voit dans les abcès pelviens, il semble plutôt d'ailleurs que ce soit à l'occasion d'une époque menstruelle que se produisent ces poussées aiguës.

Ainsi donc au début la pelvi-péritonite blennorrhagique est localisée ; quant à la douleur, elle ne s'accompagne pas de cette sensibilité exquise, que l'on observe dans d'autres pelvi-péritonites infectieuses et il n'y a pas non plus tout ce cortège dramatique qui accompagne en général la péritonite consécutive à la puerpéralité. En même temps que de la douleur, la malade accuse des irradiations dans les reins, dans les lombes, tous ces phénomènes durent en général plusieurs jours, et si un traitement approprié est institué, on peut parfois les voir s'amender singulièrement, surtout lorsque les règles s'établissent abondantes. Si au contraire elles manquent, ce qui est fréquent, tout le temps où la malade devait les avoir, les phénomènes s'exaspèrent et en outre l'époque passée, l'amendement est bien moins marqué que dans le cas où il y a eu menstruation.

Avant de décrire les signes physiques, il nous paraît utile de montrer la marche des troubles fonctionnels précédents.

Tout d'abord la douleur qui existait d'un côté, gagne en général assez rapidement l'autre côté de l'utérus, sans abandonner pour cela son siège primitif, mais néanmoins il semble que cette extension soit marquée par un certain apaisement dans les douleurs du côté le premier pris. Ici encore, pour expliquer cette extension, les causes pré-

disposantes sont les mêmes, et tandis que l'apparition des troubles péritonitiques coïncide avec l'époque cataméniale, son extension se fait souvent à la deuxième époque. Ce sont ces faits que l'on observe très souvent, qui expliquent que des cliniciens aient décrit une péritonite menstruelle, en réalité il existe une pelvi-péritonite blennorrhagique à poussées menstruelles. De même que dans toutes les affections utérines ou péri-utérines, quelle que soit leur nature et leur point de départ, l'époque des règles est vraiment une époque critique où l'on observe toujours un changement soit en bien soit en mal; de même on peut dire que l'infection blennorrhagique se propage au péritoine bien plus sûrement et avec bien plus d'intensité à ce moment critique.

En outre, et nous ne croyons pas que cela soit indifférent ni au point de vue du diagnostic ni à celui du pronostic, très souvent il y a de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée pendant toute la durée des phénomènes inflammatoires blennorrhagiques. Y a-t-il oblitération de la trompe par adhérence des parois. Les adhérences péri-salpingiennes ferment-elles le pavillon? Il est difficile de le dire, mais la menstruation subit dans la péritonite blennorrhagique de véritables perturbations, aggrave les symptômes locaux et les troubles fonctionnels surtout quand elle manque.

Ce que nous venons de dire des signes fonctionnels permet déjà de prévoir ce que seront les signes physiques.

Pour les constater il faut pratiquer le toucher seul, puis le toucher combiné avec la palpation abdominale. Il y a des cas où cela est impossible momentanément, il est rare que cette impossibilité dure au delà de ce qu'on peut appeler la période aiguë et en tout état de cause, c'est surtout la palpation qui est douloureuse. La première sensation que perçoit le doigt vaginal, c'est l'immobilité du col et celle du corps. Qu'il y ait ou non déviation de l'organe, ce qui est fréquent, le point capital, c'est l'immobilité de l'utérus, puis lorsque l'on passe à l'exploration des culs-de-sac, aussitôt cette immobilité s'explique ; tout autour de l'organe existe une masse dure, tendue, douloureuse effaçant plus ou moins les culs-de-sac bombant surtout en arrière. Cette masse donne une sensation de résistance toute particulière, sans avoir le caractère lisse des collections suppurées ou non, siégeant dans les trompes ; il semble que l'utérus soit comme

figé au milieu de cette masse inflammatoire. En général, la douleur est d'autant plus marquée, que l'on touche le point récemment pris. On ne sent pas les sillons comme dans certaines variétés de pyosalpinx, il semble que la trompe soit comme perdue, elle aussi, au milieu de tout ce feutrage d'adhérences. Lorsqu'on fait ce toucher au début, ce qui est rare, on peut alors se rendre compte de l'unilatéralité du point de départ, la masse douloureuse n'existant que d'un côté et en arrière. Nous insistons sur ce point, car il est capital.

Lorsqu'enfin on peut combiner, palper et toucher, c'est alors qu'on se rend mieux compte de l'étendue de la gangue inflammatoire, dont le volume surprend quand on songe à la rapidité de l'évolution du processus. C'est un véritable œdème aigu sous-péritonéal. C'est cet œdème que les auteurs ont appelé pelvi-métrite, et que M. Pozzi nomme exactement la péri-métro-salpingite séreuse, et que nous appelons, nous, la forme aiguë de la pelvi-péritonite blennorrhagique; car jamais dans ces poussées aiguës, jamais on n'assiste dans ces cas à ces phlegmons du ligament large comme on en voit dans la puerpéralité. Il se produit là un phénomène qui ressemble à l'énorme fluxion qui accompagne l'abcès dentaire.

Plus exactement on observe dans ces cas des signes physiques tout à fait analogues à ce qu'est l'orchite chez l'homme. Cette analogie, que Bernutz a exagérée, reste cependant exacte dans ses grandes lignes. Quand on observe la façon dont réagissent les séreuses et les tissus en contact avec le virus blennorrhagique ; quand on voit que des hydarthroses si abondantes naissent si vite et disparaissent de même, quand on voit chez l'homme le testicule et ses enveloppes présenter tous les signes de l'œdème aigu inflammatoire, avec rougeur, tension, chaleur, gonflement, tantôt sans cause mais surtout à la suite de fatigues, excès de marche, excès sexuels, etc. ; on comprend que le péritoine pelvien lorsqu'il entre en contact avec le virus blennorrhagique puisse, lui aussi, réagir avec cette violence et devenir à son tour le siège d'une fluxion considérable. Il n'en est pas toujours ainsi si l'on ne considère que le maximum de cette fluxion, mais on peut dire que rien ne donne mieux l'idée de la pelvi-péritonite blennorrhagique que cette forme suraiguë.

Au point de vue des signes physiques surtout ces autres variétés ne sont que des degrés, la tumeur est moins volumineuse, son exten-

sion moins rapide, mais sa nature est la même dans la forme subaiguë à répétition comme dans la forme précédente. Toutes les deux, d'ailleurs, ont une évolution aussi caractéristique que leurs signes physiques ; tantôt, aussi vite qu'elle était venue, disparaît cette masse inflammatoire, laissant après elle un reliquat d'adhérences, un vestige d'inflammation péritonéale. ce sont les cas les plus rares, le plus souvent la tumeur diminue vite, mais sa diminution n'est que momentanée et à plusieurs reprises, si on suit la malade on constate en même temps que la recrudescence des troubles fonctionnels, l'augmentation de volume de la tumeur inflammatoire. C'est la forme rémittente de Noggerath.

On comprend aisément ces faits, lorsqu'on a assisté à certaines opérations de laparotomies pour pelvi-péritonite blennorhagique avec salpingite. existant depuis longtemps. L'opérateur est obligé de se frayer un chemin au milieu des adhérences résistantes, fibreuses qui entourent l'utérus comme d'un filet et qui unissent entre eux les organes du petit bassin. Or au milieu de ces adhérences il est constant de rompre de vraies poches à parois unies, fines, renfermant un liquide séro-sanguinolent épais, parfois gélatineux, ce sont-là des œdèmes intra-péritonéaux formés aux dépens des adhérences et qui sont les vestiges des poussées inflammatoires. Le nombre des adhérences explique la peine que l'on a à rendre la liberté à l'utérus, et fait bien comprendre les sensations spéciales que donnent au toucher et au palper la pelvi-péritonite blennorrhagique mieux nommée péritonite adhésive par excellence ou fibreuse comme certains ont nommé le rhumatisme blennorhagique, rhumatisme fibreux.

Ainsi donc la pelvi-péritonite blennorrhagique présente cliniquement deux formes où si l'on veut : une suraiguë, fluxionnaire, apparaissant très brusquement pour diminuer ou disparaître de même, une deuxième forme moins tapageuse peut cependant offrir un début analogue à la première mais faisant rapidement place à ce qui est le type de notre description, c'est-à-dire à une péritonite très localisée au début, plus souvent unilatérale, plus douloureuse que grave, procédant par poussées inflammatoires en rapport souvent avec les époques menstruelles. Rarement la mort termine cette pelvi-péritonite et le cas de Thiroloix est peut-être dû à une infection secondaire. En revanche, cette variété périmétro-salpingite entraîne avec elle la production de

telles adhérences que la guérison absolue est très problématique. En tout cas elle entraîne avec elle des conséquences très graves surtout au point de vue fonctionnel et à cause de la stérilité qui succède à toutes ces variétés. C'est ce qui a permis la confusion entre elles, ce qui a permis d'admettre comme Bumm et Sänger qu'il n'y avait pas d'inflammation blennorrhagique du péritoine pelvien mais que la puerpéralité trouvait chez les femmes atteintes de blennorrhagie utérine ou vaginale un terrain favorable d'où l'existence constante comme facteur étiologique de la puerpéralité ; pour ces deux auteurs il n'existe pas de pelvi-péritonite blennorrhagique, mais seulement une péritonite puerpéro-gonorrhéique, or, comme nous le disons à l'étiologie lorsque la puerpéralité manque totalement et qu'avec la meilleure volonté du monde on ne peut trouver trace d'infection post partum, on est bien forcé d'admettre qu'il existe à côté de la pelvi-péritonite puerpérale une autre forme, c'est celle-là que nous avons essayé de décrire, et, en résumé, voici comment on peut la reconnaître, voici le diagnostic :

D'abord y a-t-il pelvi-péritonite ? On ne peut guère confondre la péri-salpingite qu'avec la salpingite aiguë, l'hématocèle et le phlegmon du ligament large, qui, nous le verrons aux complications, se produit souvent au milieu d'adhérences péritonéales existant précédemment ? mais en tous cas le début dramatique, la syncope, la sueur froide, ces signes d'hémorrhagie utérine, l'existence enfin comme signes physiques d'une tumeur molle qui durcit ensuite, voilà les signes donnés par les auteurs, mais on se trompe souvent encore. Y a-t-il phlegmon du ligament large ? sans revenir sur les éternelles discussions, disons pour nous que le phlegmon du ligament large n'existe que dans la puerpéralité, car plus qu'à toute autre inflammation, il lui faut la voie lymphatique et vasculaire pour se produire, il n'y a pas pour nous de phlegmons du ligament large en dehors de la puerpéralité, d'où ce fait qu'en présence d'une pelvi-péritonite qu'on soupçonne d'être blennorrhagique il importe de reconnaître la blennorrhagie chez la femme et souvent le meilleur moyen est de la dépister chez l'homme.

Mais si cela est impossible on tâchera de trouver les traces d'un catarrhe purulent vaginal ou uréthral, les signes d'inflammation des glandes de Bartholin; macules gonorrhéiques de Sänger : enfin un écoulement purulent ou muco-purulent du col. Si à ces signes on

ajoute l'absence d'antécédents puerpéraux, pas même le retard dans les règles, l apparition de l'écoulement blanc verdâtre tachant et empesant le linge, et à la suite d'une fatigue, d'un excès de marche ou des rapports sexuels ; à la suite d'une époque menstruelle, si on compte une douleur vive unilatérale siégeant dans une fosse iliaque, s'accompagnant d'élancements, d'irradiations dans le membre inférieur correspondant, cette douleur étant augmentée par tous les mouvements et exaspérée par la palpation, on pensera à la péritonite blennorrhagique. Elle s'accompagne de phénomènes généraux moins marqués que dans la pelvi-péritonite puerpérale ; très rarement, jamais pour ainsi dire, il y a les grandes ascensions qu'on observe dans cette forme, la température dépasse rarement 39° ; les troubles gastriques sont également bien moindres, il y a un état nauséeux peu intense, jamais les grands vomissements de la péritonite puerpérale. Dans cette forme, tantôt la douleur est exquise, siégeant dans les deux flancs, s'accompagnant du facies particulier, d'un frisson atroce, d'une température à 40°,5, etc. ; il suffit de lire notre dernière observation pour bien voir ce qu'est une péritonite à streptocoques pure. D'un autre côté, la marche dans la forme blennorrhagique n'est pas fatalement progressive et sans insister sur les signes physiques que nous avons cherché à bien faire connaître, disons que le caractère dominant de la tumeur dans la forme blennorrhagique consiste dans le volume considérable, la dureté et les alternatives de fluxion et de diminution tout comme on observe au point de vue fonctionnel des vraies rémittences, des interruptions même complètes avec guérison apparente.

Nous ne parlons pas ici de la forme que l'on pourrait appeler fruste et dont cependant les conséquences sont quelquefois hors de proportions avec les signes. C'est ce qu'on peut appeler la périsalpingite blennorrhagique de la jeune mariée ; très souvent il n'y a eu ni vaginite ni métrite, à peine un peu d'endométrite du col, qui a été peu marquée et qui est survenue quelque temps après le mariage, la femme a eu quelques pertes blanches qui ont passé assez vite et depuis lors, il est rare qu'elle tache son linge. Mais en même temps que se montraient ces pertes blanches, ses règles sont devenues douloureuses et abondantes, elle raconte même qu'à ce moment le médecin consulté l'a examinée et a conseillé un peu de repos au lit ; puis sous l'influence

du repos tout s'est amendé, mais à plusieurs reprises les douleurs ont reparu plus ou moins vives, généralement légères, et, si on examine ces malades, on trouve des lésions exagérées, quant à leurs causes. Il faut savoir les dépister, tandis que dans les autres formes il est relativement facile de faire le diagnostic. Consulter l'observation de Dautremont, Begon, Huon et les observations de Bernutz. Dans tous les cas, il est facile de se rendre compte que la variété de pelvi-péritonite qui nous occupe diffère essentiellement des autres par son début, par son évolution, par ses rémissions, sa gravité moindre, etc.

Dans la forme mixte puerpéro-gonorrhéique, les différences sont bien moins accusées. On se fondera surtout pour faire ce diagnostic sur les accidents fébriles qui ont suivi l'accouchement ou l'avortement et qui n'ont jamais complètement cessé. C'est dans cette forme qu'on trouve des tumeurs, comme dans la forme blennorrhagique, mais en général les rémissions sont moins marquées, et c'est surtout cette forme qui donne naissance aux vastes collections purulentes intra-salpingiennes et intra péritonéales, avec abcès pelviens. En effet, les adhérences intra péritonéales existent à cause de la blennorrhagie. Le pus existe aussi consécutivement au streptocoque. Tandis que dans la forme puerpérale pure, la mort est presque constante, ici lorsque l'infection survient chez une femme qui a déjà des adhérences anciennes dans son petit bassin, consécutivement à une blennorrhagie, les lésions ne suivent pas la marche extensive qu'elles adoptent chez une femme qui n'a jamais rien eu. Les infections combinées sont d'ailleurs fréquentes, parce que la blennorrhagie des annexes est une cause prédisposante à l'avortement et l'avortement entraîne souvent l'infection à streptocoques.

Nous croyons avoir suffisamment insisté sur la forme rémittente à poussées successives de la pelvi-péritonite blennorrhagique, il nous reste à signaler les complications qui peuvent survenir. Les complications sont de plusieurs ordres, locales et générales, précoces et tardives.

Locales. — Cette pelvi-péritonite fibro-adhésive est presque toujours suivie de déviations utérines, ces déviations sont de toute espèce, mais c'est surtout la rétroversion ; en effet, les trompes sont très souvent altérées en arrière, à cause des adhérences qui s'éta-

blissent entre elles et les intestins, elles finissent par entraîner aussi l'utérus, et tous les accidents de la rétroversion peuvent succéder à la pelvi péritonite blennorrhagique. Très souvent aussi, les adhérences peuvent gagner le caecum et l'appendice et être le point de départ d'accès de pérityphlites. D'un autre côté, les poussées inflammatoires qui se succèdent, amènent très souvent une véritable aménorrhée. Enfin, c'est presque toujours au milieu des adhérences péritonéales et le plus souvent dans les quelques accès qui suivent les accidents initiaux que se produisent les grossesses extra utérines qui sont autant produites par les vices de situation de la trompe que de l'ovaire.

Telles sont les complications locales, si on y ajoute l'ovarite suppurée par adhérence de la trompe suppurée à l'ovaire et la production d'un abcès entre les deux, on aura fini avec les complications locales.

Les complications générales consistent dans les douleurs persistantes ; c'est dans cette forme surtout qu'on assiste à de vraies crises d'ovaralgie ou d'hystéralgie. Elles consistent également dans une cachexie d'origine utérine.

C'est à cause de cela qu'il importe au médecin de bien connaître toute sa pathologie génitale, utérine et péri-utérine ; combien de femmes dont la santé est profondément altérée par suite d'une petite pelvi-péritonite, d'origine blennorrhagique méconnue qui s'est montrée parfois au début du mariage, à laquelle nous avons fait d'ailleurs allusion plus haut et qui peut très bien entraîner non seulement des troubles menstruels, mais aussi des troubles généraux.

On voit donc combien il importe de distinguer la forme que nous avons essayé de décrire,et il ne faut pas se contenter de l'interrogatoire des malades, il faut aussi faire un diagnostic rétrospectif, il faut en un mot, quand on se trouve au moment d'examiner une femme atteinte de poussée douloureuse du côté du péritoine pelvien, pouvoir aussitôt reconnaître que la pelvi péritonite est blennorrhagique ; ce n'est pas par le microscope. Nous l'avons vu, c'est par l'examen clinique et l'interrogatoire.

Nous avons exprès évité de prononcer le mot de salpingite pendant toute cette longue symptomatologie, nous l'avons évité pour ne pas confondre les types et tout brouiller. Comme nous l'avons vu à l'étiologie, la trompe est la dernière étape que franchit l'infection avant

de devenir péritonéale. Aussi, pour nous, il n'y a pas de péritonite blennorrhagique sans lésions des annexes. Dans la forme suraiguë avec œdème inflammatoire considérable, la trompe peut n'offrir que des lésions inflammatoires, plus tard et surtout dans la forme à répétitions, la trompe s'épaissit, s'indure et devient le centre d'où rayonnent les inflammations péritonéales.

Le pyosalpinx qui succède à l'infection vénérienne, peut dans certains cas avoir une allure absolument torpide, ni fièvre, ni douleurs, l'attention du gynécologiste est portée vers les organes génitaux soit par de la métrite, soit par de la leucorrhée, il touche et il trouve des lésions en général bilatérales fluctuantes ; ce sont les trompes transformées en une poche liquide, que de fois alors le mot hydrosalpinx est prononcé et qui sait si l'hydrosalpinx, n'est pas en effet un pyosalpinx transformé. Ce ne sont que des hypothèses mais elles ont leur importance et leur valeur dans l'espèce.

En effet, tous les chirurgiens connaissent ces cas où un pyosalpinx rompu en décortiquant et ayant laissé le péritoine en contact avec ce pus il ne se produit rien, or que de fois l'examen de certains pyosalpinx a été négatif au point de vue microbien.

Que de fois, non seulement on n'a pas trouvé un seul micro-organisme de suppuration, mais même on n'a trouvé aucun microbe, gonocoque ou autre, et bien entendu il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses ; eh bien, nous croyons que la salpingite dite blennorrhagique n'existe comme entité morbide que par la périsalpingite qui l'entoure ; nous avons aidé M. Pozzi dans une opération, une laparotomie pour péritonite généralisée, l'observation a été publiée par notre maître dans son mémoire de la Revue de chirurgie. Dans ce fait, il y avait une péritonite généralisée avec des trompes d'un rouge vif sans une goutte de pus, sans trace d'exsudat péritonéal liquide. En revanche, les anses intestinales étaient agglutinées et nous pensons qu'il s'agissait là d'un processus vénérien adhésif sec ; l'infection était venue par les trompes et elle s'était généralisée rapidement de proche en proche. Or, si on avait eu affaire à un processus de suppuration, à une infection streptococcienne, c'est-à-dire profonde, et qui d'habitude suit les voies vasculaires, la voie veineuse, nous ne pensons pas qu'un lavage du péritoine eût suffi à guérir la malade comme dans notre cas.

Aussi dirons-nous : Il n'y a pas d'inflammation de la séreuse péri-utérine ou péritubaire sans lésion, ou mieux sans infection préalable

soit de l'utérus, soit des annexes? Toujours chez la femme, tout au moins, on retrouve soit la porte d'entrée, soit le point de départ, s'il s'agit du streptocoque, du staphylocoque, les trompes peuvent être saines quoique rarement mais en ce cas l'infection née dans l'utérus suit les sinus utérins, les voies lymphatiques, le ligament large pour se répandre à la surface du péritoine, c'est la péritonite puerpérale, ce type de la péritonite purulente septique. A côté, il existe une péritonite où l'on ne retrouve aucun des microbes ordinaires de la suppuration, cette péritonite est localisée et mérite les noms de péri métrite ou de périsalpingite. elle se produit par propagation, l'agent infectieux, quel qu'il soit passe par les trompes pour gagner le péritoine, les exsudats qu'il provoque sont épais, plastiques, et les adhérences leur succèdent; d'où cette conséquence fréquente, l'oblitération de la trompe, d'où, lorsque cette oblitération est précoce, la naissance d'un pyosalpinx qui sera méconnu tant que le péritoine qui l'entoure ne s'enflammera pas soit à la suite d'un excès de coït, soit à la suite d'une époque menstruelle, etc. Toutefois, les pyosalpinx de ce genre ne ressemblent en rien à certains abcès pelviens qui ne sont autre chose que des péritonites suppurées localisées.

CHAPITRE III

Expérimentation. Inoculation aux animaux. Examens bactériologiques.

Les expériences que nous avons faites ont été multiples. Elles ont été pratiquées soit au laboratoire d'hygiène sous la direction de M. Netter avec le concours de notre cher ami Reblaud, soit à Necker avec le concours de notre ami Lyon, chef de clinique du professeur Peter.

Voici la marche que nous avons suivie :

1re Série d'expériences

1° Examen bactériologique de la cavité péritonéale de sujets ayant succombé à d'autres infections, cet examen a été pratiqué sur six sujets, sur trois d'entre eux immédiatement après la mort ; sur les autres vingt-quatre heures après.

Nous voulions nous rendre compte si les micro-organismes passaient de la cavité intestinale dans la cavité péritonéale au bout de 24 heures ; nous avons procédé de la façon suivante :

1° 1 heure après la mort d'un homme de 45 ans, ayant succombé, dans le service de M. le professeur Peter, à des lésions tuberculeuses du poumon : Lavage au savon et à l'éther de la peau de l'abdomen sur la ligne blanche. Incision de 4 centimètres. Avec un fil de platine préalablement rougi au feu nous allons dans les parties déclives chercher s'il y a du liquide. Nous ensemençons ensuite deux tubes de bouillon, un tube de gélose et le tout est porté à l'étuve à 37°. Même manœuvre sur le même sujet en raclant la surface de l'intestin. Nouveaux ensemencements.

1° *bis*. Ces expériences ont été à deux reprises répétées :

A. Chez une femme ayant succombé à des lésions de néphrite interstitielle chronique.

B. Chez une femme ayant succombé à un carcinome stomacal.

Ces trois expériences ont été absolument négatives.

2° Nous avons pris trois sujets le même jour : l'un 26 heures après la mort, les deux autres 36 et 38 heures après, et nous avons procédé de même, aucun d'eux ne présentait de lésions péritonéales. Des trois sujets un seul était du sexe féminin et avait succombé à des accidents de tuberculose pulmonaire. Les deux autres étaient des hommes, l'un était mort d'urémie, et le dernier d'accidents d'asystolie.

Dans aucun cas nos ensemencements n'ont donné de résultats. Nous insistons cependant sur ce fait qu'aucun des six sujets ne présentait la plus petite lésion péritonéale et qu'à nos yeux cela a une très grande importance. Nous croyons, en effet, que dans les examens bactériologiques pratiqués longtemps après la mort et où l'on trouve une grande quantité de micro-organismes de toute nature, cela tient aux altérations de la séreuse qui favorisent le passage des microbes de l'intestin dans le péritoine. C'est pour cela que dans notre observation de péritonite puerpérale, nous avons recueilli une 1/2 heure après la mort le liquide péritonéal, liquide qui nous a fourni des cultures pures de streptocoques.

2e Série d'expériences.

Ces expériences sont, elles aussi, de deux espèces. Dans une première catégorie d'expériences nous avons recueilli à l'aide d'une pipette stérilisée du pus blennorrhagique dans l'urèthre d'un homme atteint récemment d'écoulement uréthral.

Ire Expérience. 18 août 1891. Le nommé X..., 27 ans, nous est envoyé du Midi par notre ami Souplet. Cet homme raconte qu'il y a 8 jours il a commencé à éprouver de l'ardeur en urinant et s'est aperçu qu'il tachait son linge, depuis 5 jours écoulement franchement verdâtre, assez abondant.

Nous procédons chez lui comme nous avons dit plus haut. Après avoir lavé le gland soigneusement avec des tampons d'ouate imbibés de sublimé nous aspirons du pus dans la pipette. Nous avons soin de presser sur le canal ; puis lorsqu'il ne vient plus de pus, nous

refermons à l'alcool la pipette pour recommencer une deuxième fois une heure plus tard quand le pus aurait été sécrété de nouveau. Nous avons ainsi pu recueillir une demi-pipette et même une pipette de pus blennorrhagique.

Nous transportons cette pipette au laboratoire, puis nous mettons sur une lamelle une petite goutte du pus ainsi recueilli : une fois ce pus étendu et séché nous le colorons au violet de gentiane. Nous l'examinons au microscope. Grossissement de 900 diamètres, 2 cent. ocul. 4, object. millim. 1/12, il est facile de voir que dans les cellules du pus et même au dehors existent très nettement et en abondance de vrais gonocoques, une cellule en contient même à elle seule plus de 18, ils offrent les caractères du gonocoque, se colorent vite au violet de gentiane et se décolorent par le Gram.

Nous injectons après cette constatation, tout le pus ainsi recueilli, dans le péritoine d'un cobaye.

Le cobaye blanc, taché de feu, est injecté sous la paroi abdominale dans le péritoine, tout le contenu de la pipette y passe.

Le 23 août, 5 jours après, l'animal, qui se portait très bien, est tué, aucune réaction péritonéale, la séreuse est absolument lisse, transparente, pas de liquide ascitique, pas d'adhérences.

Le 19 août, nouvelle pipette, recueillie chez le même malade ; comme hier nous constatons qu'il existe du gonocoque en abondance, un morceau d'ouate, préalablement stérilisé, gros comme un pois, est imbibé avec le pus recueilli dans la pipette. Une fois le morceau bien imprégné, nous pratiquons une laparotomie sur une cobaye femelle, blanche avec deux taches noires, nous avons eu soin de raser la peau du ventre, de laver cette peau et de faire l'incision avec des instruments flambés. Une fois le péritoine ouvert et maintenu béant par deux pinces, nous introduisons à l'intérieur le morceau d'ouate, puis nous refermons le ventre.

Le 30 août le cobaye est sacrifié, sans avoir rien présenté d'anormal, pas de trace de péritonite, pas d'adhérences, nos recherches pour retrouver notre morceau d'ouate finissent sans résultats.

Le 25 août, 2e malade, homme de 18 ans, lymphatique blond, à sa première chaudepisse, envoyé du Midi, malade depuis dix jours, on constate du gonocoque, mais peu abondant. Nous recueillons du pus comme il a été dit plus haut. Une souris est inoculée sous le péritoine

avec le contenu d'une demi-pipette. Trois jours après, le 29 août, la souris étant bien portante, nous la tuons et, comme dans les 2 cas précédents, aucun résultat.

Nous avons répété ces expériences avec trois autres malades, qui étaient en traitement au Midi pour des blennorrhagies intenses. Le 14 septembre nous sommes allés dans le service de M. Balzer et avec les soins précédemment décrits nous avons recueilli du pus blennorrhagique dans trois cas: l'un A où la chaudepisse était une récidive et datait de 22 jours, la première atteinte remontant à un an; l'autre le nommé B... qui avait depuis 20 jours sa blennorrhagie et depuis six jours une violente orchite; l'autre enfin le nommé C..., malade depuis dix jours.

Chez le premier malade l'examen du pus après frottis de lamelle ne donne aucun gonocoque. Chez le deuxième malade nous avons constaté un tout petit nombre de gonocoques. Chez le troisième seulement ils étaient en plus grand nombre.

Nous avons inoculé trois souris dans le péritoine et de plus nous avons fait une laparatomie à un lapin pour lui introduire de l'ouate stérilisée, imbibée de pus. Aucun animal n'a présenté de malaise. Les souris ont été tuées et n'offraient aucune lésion. Le lapin vit encore.

3e Série d'expériences.

Essais de culture du gonocoque. Les expériences durent encore. Malgré les affirmations de Wertheim et malgré que nous ayons suivi à la lettre toutes ses indications, c'est-à-dire de prendre ou plutôt de recueillir de sang humain, de le laisser déposer puis de recueillir avec une pipette le sérum liquide qui surnage sur le caillot ; de mettre le sérum dans des tubes comme pour la gélose. Malgré que nous ayons stérilisé le sérum recueilli aseptiquement, nous n'avons pu obtenir de cultures pures de gonocoque.

Une seule fois nous avons trouvé dans les tubes une culture, c'était avec du pus de vagin. Chez une de nos malades atteinte de métrite blennorrhagique avec propagation péritonéale, malade encore dans le service et chez laquelle nous avons trouvé les premiers jours de son séjour à Necker, de très rares gonocoques. Puis plus rien et aujourd'hui il nous semble qu'elle a subi soit une infection secon-

daire, soit une infection combinée dont l'agent microbien est un gros bâtonnet qui ressemble à la bactérie pyogène d'Hallé.

En nous servant de sang placentaire et non du sang venant de saignées du bras comme nous avons été forcé de faire, il est possible que nous arrivions à opérer le mélange de ce sérum avec l'agar et que nous puissions avoir un milieu solide de culture qui pût dans le péritoine exercer une action prolongée et peut-être reproduire la péritonite blennorrhagique.

4e Série d'expériences.

Celles-ci sont de beaucoup à nos yeux les plus importantes, elles portent sur des femmes et ont été conduites méthodiquement.

Nous avons choisi pour ces expériences des femmes qui présentaient à nos yeux une infection blennorrhagique des voies génitales, c'est-à-dire qui n'avaient jamais eu de grossesse ni de fausse couche, qui avaient eu quelque chaleur et ardeur en urinant et surtout qui offraient quelques-unes, les fameuses preuves de Sänger.

La première de ces malades, la nommée Min. ., âgée de 19 ans, raconte qu'après avoir eu depuis longtemps déjà des pertes blanches, n'avait jamais remarqué que ces pertes tachaient son linge, il y a 16 jours qu'elle s'en est aperçue et ayant de plus interrogé son amant, celui-ci lui a avoué qu'il était malade d'un écoulement ancien, qui avait reparu ces temps derniers.

Examen le 6 août 1891. Nous nous trouvons en présence d'une femme toute jeune et lymphatique. A la vue, en écartant les petites lèvres nous voyons que l'orifice vaginal est rouge vif. Au niveau de l'orifice des glandes de Bartholin et de chaque côté existe la macule gonorrhéique. Le vagin est également rouge vif La muqueuse hérissée est comme villeuse et saigne au moindre contact, elle est en outre le siège d'une sécrétion muco-purulente très abondante. Lorsqu'avec le spéculum on parvient malgré la douleur à voir le col, on le trouve exulcéré, surtout sur sa lèvre inférieure, en outre, l'orifice est comme rongé par la petite ulcération, il s'écoule en outre un liquide purulent très abondant. A plusieurs reprises avec toutes les précautions antiseptiques nous mettons des laminaires.

Le 9 août, après avoir écarté les petites lèvres et avoir au préala-

ble soigneusement lavé la vulve et l'entrée du vagin nous introduisons avec de grandes précautions une valve de Sims, de la paroi antérieure du vagin, baignant dans le pus, celui-ci vient s'accumuler dans la concavité de la valve de Sims. C'est alors qu'avec une pipette stérilisée et flambée, j'aspire très soigneusement le pus ainsi collecté. La pipette est ensuite fermée à la flamme. Dans un tube à expérience également stérilisé, je verse le pus qui reste encore dans la vulve, je bouche ensuite le tube avec un bouchon d'ouate.

Au laboratoire, nous étalons une gouttelette de ce pus sur deux lamelles, nous colorons au violet de gentiane et nous examinons ensuite au microscope. Avec un grossissement de 500 diam. 2 cent. — ocul. 4. object. millim. 1/12. La sécrétion est constituée par un grand nombre de globules de pus au milieu desquels se trouvent quelques cellules du vagin et au milieu un grand nombre de micro-organismes. Ces micro-organismes étaient de deux sortes, les uns très rares inclus dans les cellules sphériques et offrant tous les caractères du gonocoque, c'est-à-dire se colorant très facilement par le violet de gentiane et se décolorant par le Gram. Les autres micro-organismes se présentaient en liberté sous la forme de diplocoques parfois réunis en staphylocoque et ne se décolorant pas par le Gram.

Nous ensemençons avec une gouttelette de ce pus environ un centimètre cube de sérum sanguin stérilisé que nous mélangeons aussitôt avec de la gélose liquéfiée et maintenue à la température de 45° au bain-marie. Avec le mélange ainsi obtenu nous faisons des plaques de Pétri et nous les exposons à l'étuve à 37°.

Nous ensemençons en même temps deux tubes de gélose que nous exposons à la même température et deux tubes de gélatine.

Dès le lendemain, la plaque de Pétri présente un grand nombre de petites colonies arrondies de coloration blanche présentant un aspect vernissé. Nous examinons au microscope une petite parcelle de ces colonies, nous les trouvons constituées par des cocci très volumineux réunis en staphylocoques, se colorant facilement par les couleurs d'aniline et résistant au Gram.

Sur les tubes de gélose nous trouvons également au bout de 24 heures sur la strie d'ensemencement une traînée blanchâtre, saillante, constituée par les mêmes micro-organismes.

Sur les tubes de gélatine maintenus à la température ordinaire le

développement des colonies microbiennes est beaucoup plus lent. Au bout de 48 heures seulement le long des stries d'ensemencement, on voit apparaître une colonie pareille à celle obtenue sur gélose, offrant les mêmes caractères. Au bout de 3 à 4 semaines, vers les premiers jours de septembre, la gélatine se creuse en gouttière tout le long de la traînée microbienne qui cependant reste adhérente et ne tombe pas au fond, il y a plutôt ramollissement que liquéfaction.

Le micro-organisme ainsi obtenu paraît présenter tous les caractères que Bumm a rencontrés dans le vagin de femmes atteintes de leucorrhées persistantes, il a donné à ce micro-organisme le nom de micrococcus albicans amplus.

Nous avons injecté de ces cultures : 1° sous la peau d'un cobaye, le 3e jour il y avait une petite tuméfaction que nous ouvrions le 5e jour et qui donnait issue à du pus caséeux très épais où nous retrouvions le même micro-organisme.

Enfin, nous avons injecté dans le péritoine d'un cobaye le pus de cette même malade et l'animal sacrifié le 6e jour n'a rien présenté d'anormal. Pas trace de péritonite.

Nous avons recommencé cette série d'expériences avec le même pus, la seule différence que nous avons constatée, le 22 août, c'est la disparition du gonocoque dans le pus examiné sur lamelle. Toutes les autres cultures, tous les autres ensemencements donnèrent les mêmes résultats. En revanche l'injection chez une souris et un cobaye demeurèrent encore sans résultats.

Le 7 septembre, nous procédons à une nouvelle série d'expériences dont le pus nous est fourni par la malade actuellement encore couchée au lit n° 21 de la salle Monneret; cette femme dont l'observation clinique est des plus intéressantes, était entrée le 3 août avec tous les signes d'une vaginite blennorrhagique très intense datant de plus d'un mois; comme dans le cas précédent elle nous raconte que l'individu qui était son amant était malade, lui aussi. A son entrée à l'hôpital nous avons recueilli le 5 août avec les précautions précédentes du pus vaginal examiné sous le microscope, nous avons fait plusieurs lamelles avant de trouver quelques rares gonocoques réunis dans une cellule. Déjà donc à ce moment ils étaient sur le point de disparaître. En revanche nous trouvâmes un bâtonnet deux ou trois fois plus long que large se colorant très bien et en tout semblable à un bâtonnet ana-

logue trouvé par notre ami Reblaud, à l'état de pureté dans l'urine de malades ayant une cystite blennorrhagique. Du 3 août au 3 septembre cette malade fut traitée dans le service par le repos et les bains; très indiciplinée elle refusait de se soumettre aux lavages et aux pansements et nous l'avons laissée faire, nous contentant de suivre exactement la nature de son écoulement. En septembre les douleurs abdominales qu'elle ressentait déjà depuis quelques semaines ayant singulièrement augmenté et la malade ayant présenté au moment de son époque absente, tous les signes d'une poussée de péritonite, nous résolûmes d'examiner à nouveau son pus utéro-vaginal. Toujours en usant de grandes précautions antiseptiques nous recueillons soit sur des valves, dans des pipettes, soit dans des tubes à expériences, en 2 séances la 1re le 6, la 2e le 7 septembre, une quantité assez considérable d'un muco-pus épais verdâtre filant, examiné sous le microscope sur un frottis de lamelles à un grossissement de 500 diam., ocul. n° 4, de 2 cent. Object. millim 1/2 et après avoir coloré par l'aniline, nous constatons que la sécrétion est composée d'un grand nombre de globules de pus, de quelques cellules épithéliales et de micro-organismes très nombreux formés par les bâtonnets plus longs que larges 2 ou 3 fois plus longs, analogues à ceux que nous avions trouvé 6 mois auparavant; nous ensemençons deux plaques de gélose et deux plaques de gélatine, 2 tubes de gélose, 2 tubes de gélatine en stries, un tube en piqûre, que nous portons à l'étuve à la température de 37°. En 24 heures sur les plaques de gélose nous voyons apparaître de petites colonies grosses comme une tête d'épingle et demi-transparentes, faisant une légère saillie au-dessus de la surface de la plaque, les jours suivants la colonie gagne, s'étend et atteint 0,004 à 0,003 de diamètre. Sur les plaques de gélatine le micro-organisme se présente sous forme de colonies analogues à celles obtenues sur gélose mais différant par leur saillie plus grande ; sur les tubes de gélose la colonie se montre sous forme de culture abondante, blanchâtre, vernissée. Enfin sur la gélatine en piqûre le développement du micro-organisme est aussi très abondant à la surface et dans la profondeur, on observe en outre à la surface un petit disque surélevé se rapprochant beaucoup de la culture en clou du pneumo bacille de Friedländer. L'examen de différentes parcelles de toutes ces cultures montre toujours le même bâtonnet 3 ou 4 fois plus long que large.

Nous avons alors fait sur les animaux toujours avec le pus du n° 21, une série d'inoculations.

1° Nous injectons le 9 septembre dans le péritoine d'une souris blanche une pipette contenant le même pus.

Le 10 septembre la souris avait succombé en 18 heures. L'examen de pulpe sphénique au microscope, montre le bâtonnet du même bacille pneumonique. Néanmoins il n'existait pas de péritonite appréciable à la vue.

2° Le même jour, 9 septembre, nous pratiquons une laparatomie sur une cobaye femelle noire et blanche et nous introduisons dans le péritoine un morceau pouvant être du volume d'un poids en cuivre de 20 grammes que nous avons fortement trempé dans le pus. Pas de réaction appréciable de l'animal qui fut tué le 14 septembre. A la section de l'abdomen, il s'écoule un peu de sérosité, pas de péritonite généralisée, mais au voisinage de l'estomac nous retrouvons comme enveloppé par l'épiploon qui lui forme une coque protectrice, le morceau de ouate que nous avions introduit. Tout autour du morceau d'ouate le péritoine voisin est un peu épaissi et adhérent, sans que ces lésions de propagation paraissent avoir dépassé la zone de prolifération cellulaire.

3° Cobaye mâle, blanc taché de jaune, on injecte dans le péritoine deux pipettes pleines de pus. Mort en 24 heures du cobaye qui a de l'œdème, la souris succombe à une infection généralisée, sans trace de péritonite.

CHAPITRE IV

Pathogénie et étiologie de la pelvi-péritonite consécutive à la blennorrhagie.

Nous avons mis sous les yeux du lecteur, dans le chapitre précédent ce que nous appellerons le dossier du procès, nous nous sommes réservés de faire la preuve de l'opinion que nous avons adoptée et qui peut se résumer dans cette phrase : Il existe chez la femme, et chez elle seule, deux variétés de péritonite septique : la péritonite puerpérale et la péritonite blennorrhagique, toutes les deux microbiennes. A côté de ces deux formes existent, et dans les deux sexes, d'autres péritonites : les péritonites à pneumocoque, à staphilocoque et une autre fréquente : la péritonite par perforation qui est causée par épanchement du contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale soit spontanément, perforation, soit à la suite d'opérations sur l'abdomen et l'intestin. Dans cette forme on trouve les microbes de l'intestin bacterium coli commune, des microbes pyogènes tels que le streptocoque, le staphilocoque, etc., et également tous les saprophytes qui existent dans les matières fécales, etc.

C'est donc là presque toujours une péritonite polymicrobienne, je dis presque toujours à cause des cas de Gilbert ou le bacterium coli existait seul, la péritonite puerpérale semble au contraire monomicrobienne et malgré quelques observations où on aurait trouvé le staphylocoque, nous croyons avec bon nombre d'observateurs, que le streptocoque est la cause unique de la péritonite puerpérale. Or, il existe à côté de ces formes un grand nombre de cas dans lesquels on ne retrouve ni les causes qui président aux péritonites par perforation, ni les signes de la puerpéralité. Ces cas sont ceux si nombreux dans lesquels l'infection blennorrhagique a eu lieu, ainsi que le démontre l'interrogatoire de la malade, l'examen de ses organes génitaux externes et celui de l'utérus, sans compter l'examen bactériolo-

gique, que l'on a fait dans le pus de certaines salpingites dites blennorrhagiques et où des observateurs dignes de foi ont démontré l'existence du gonocoque, mais nous n'allons pas si loin et sans avoir besoin de cette preuve nous disons que tout un groupe d'infections péritonéales consécutives à des lésions tubo ovariennes est distinct par son début, son mode de propagation, sa marche des autres et qu'on doit lui reconnaître comme cause principale, la blennorrhagie, avant d'étudier comment la blennorrhagie existant, le péritoine se prend.

Nous dirons qu'il existe à nos yeux et assez souvent une forme mixte due à une association microbienne fréquente, puerpéralité et blennorrhagie. C'est la forme puerpéro-gonorrhéique de Sänger et qui répond à la salpingite du même nom, nous avons essayé au diagnostic d'esquisser cette forme dont les traits sont difficiles à fixer à cause de sa double origine. Mais il est aussi injuste de dire que toutes les pelvi-péritonites blennorrhagiques sont dues à des infections que de nier qu'elles existent.

La pelvi-péritonite blennorrhagique ou vénérienne, pour se produire, a besoin de plusieurs causes. La présence du gonocoque dans le péritoine serait-elle constante, et elle ne l'est pas, que la péritonite à gonocoque pourrait ne pas exister. Car expérimentalement il ne suffit pas de l'y verser pour la produire. C'est néanmoins la cause première, mais dans le chemin que parcourt le gonocoque avant d'arriver au péritoine pelvien, il a le temps de vivre et aussi celui de mourir. Il n'agit pas en effet comme le streptocoque et dans l'espèce il ne prend que rarement les voies rapides pour atteindre son but. La lymphangite gonorrhéique n'est pas admise *si elle peut exister* il n'y a pas *davantage de phlébite gonorrhéique* on n'en a pas *décrit au point de vue anatomo-pathologique* et au *point de vue clinique* il n'y a pas plus d'*adénite au cours* de la blennorrhagie qu'il n'y a de *phlegmatia alba dolens* ; si par hasard un ganglion se prend et suppure dans la gonorrhée, on trouve toujours un chancre mou comme cause soit une infection secondaire et des staphylocoques dans le pus du bubon ou des streptocoques. Quelle est donc la porte d'entrée : la vulve, l'urèthre et les glandes de Bartholin sont très souvent infectées dans la blennorrhagie aiguë. Le vagin est très souvent pris quoiqu'il soit plus résistant à cause de son épithélium spécial et l'on connaît ces formes douloureuses de vaginite granuleuse. De toutes ces loca-

lisations qui peuvent être infectées en même temps, l'infection gagne son terrain d'élection, celui où (ainsi que nombre d'observateurs l'ont démontré bactériologiquement : Bumm, Lomer, Schwartz) elle persiste le plus longtemps : le col de l'utérus. L'arbre de vie, avec ses plis palmés, ses replis, les sinuosités, les dépressions, constituent autant de nids où se loge le gonocoque et où il persiste d'une façon désespérante.

Les microbes sont amenés à l'orifice externe du col, par les rapports sexuels, et dès qu'ils ont pénétré, ils se maintiennent et persistent, déterminant un écoulement purulent qui ne tarde pas à contaminer le vagin lorsque celui-ci n'a pas été infecté primitivement, ce qui est le cas le plus fréquent. De là, de la cavité du col, les micro-organismes pénètrent dans le corps de l'utérus qui est, comme on le sait, vierge de micro-organismes, ce qui n'existe pas du tout pour le vagin où à l'état normal on trouve des micro-organismes en assez grande abondance pour que leur rôle ne soit à dédaigner dans le chapitre que nous traitons. Arrivés dans le corps de l'utérus où les ont conduits les cils vibratils du col, les gonocoques se logent dans la cavité du corps, en y déterminant une métrite aiguë purulente et une infiltration de la muqueuse au milieu des orifices glandulaires ainsi que le fait a été constaté par Sänger. Dans cette cavité, le gonocoque gagne les orifices tubaires et malgré le sens contraire des cils vibratils, il trouve dans la muqueuse même de la trompe avec ses replis, des conditions assez favorables au développement d'une salpingite suppurée ; par suite des replis de la trompe, de l'étroitesse du conduit, de l'inflammation qu'y déterminent les microbes blennorrhagiques, il se fait aussitôt une sorte d'infiltration gonorrhéique des parois est ouvent une oblitération de la cavité, généralement du côté de l'utérus ; cette salpingite suppurée peut donc ne plus communiquer avec la cavité de l'utérus ; ce qui est le cas le plus fréquent, c'est alors que souvent sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, il y a épanchement du pus en petite ou en grande quantité dans le péritoine pelvien. Dans d'autres cas, la réaction inflammatoire se fait autour des parois même de la trompe, lorsque celle-ci est très sinueuse, il peut y avoir comme un petit diverticulum de la trompe qui sert de noyau inflammatoire, d'abcès ancien autour duquel réagit le péritoine pelvien, c'est surtout au moment de l'époque menstruelle, sous l'in-

fluence de la congestion ovarienne et salpingienne que la pelvi-péritonite blennorrhagique se montre.

Tel est le processus type, c'est un processus de propagation, l'inflammation spécifique gagnant de proche en proche ; il n'y a comme voies de pénétration aux agents pathogènes, que les voies génitales elles-mêmes ; or ce mode d'extension dans sa première étape jusqu'à ce que le corps de l'utérus et les trompes soient atteintes, est forcément assez long, et il se peut que pendant toute cette période l'agent pathogène de la blennorrhagie, se modifie et disparaisse des sécrétions muco-purulentes ou purulentes qu'il a déterminées, il se peut aussi que les microbes du vagin, comme dans notre expérience avec le pus du n° 21, deviennent des microbes pathogènes, le gonocoque les ayant modifiés par son passage. Et de ce qu'on ne le trouve plus dans le péritoine pelvien, de ce qu'il n'y détermine jamais les suppurations diffuses du streptocoque, on ne doit pas en conclure qu'il n'existe pas de péritonites blennorrhagiques, la pyogenèse n'est pas seulement une question de micro-organisme. Tel micro-organisme qui d'habitude n'est pas pyogène le deviendra en présence de tel terrain, de tel tissu ; il y a des suppurations produites par des micro-organismes qui, une fois dans le péritoine, ne donnent plus rien.

Pour nous donc, d'accord avec Bernutz, Requin, Taylor, et plus près de nous, Wertheim, Sänger, Menge, nous dirons : expérimentalement, nous n'avons pu reproduire la péritonite à gonocoque comme Wertheim semble l'avoir fait, nous continuons encore nos expériences : cliniquement, il existe une variété de pelvi-péritonite consécutive à des symptômes de blennorrhagie des voies génitales inférieures chez les femmes où l'on ne peut incriminer en aucune façon une autre infection de quelque nature qu'elle soit, nous sommes donc obligé de rapporter à la blennorrhagie la pelvi-péritonite que nous décrivons.

Les causes prédisposantes de cette pelvi-péritonite sont d'ordre physiologique : la menstruation, d'ordre physique, les traumatismes, rapports sexuels, marche, examen médical, etc. Toutes ces causes agissent sur la trompe qui est toujours malade et devient la cause déterminante de l'infection, en déversant lentement ou rapidement, en petite ou en grande quantité, le pus qu'elle contient.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la péritonite blennorrhagique n'existe pas plus dans les auteurs que ses symptômes. Lorsqu'on ouvre le traité de Bernutz on voit qu'il a confondu dans une même description clinique et anatomo-pathologique, l'histoire des péritonites du petit bassin. Désireux surtout de renverser la théorie des phlegmons péri-utérins de Nonat, on voit ce souci percer dans tout le travail du clinicien de la Charité, la meilleure excuse de ce désir est dans le succès complet obtenu par Bernutz. Il faut d'ailleurs que le sujet prête à bien des controverses, car il n'y a pas longtemps encore que des chirurgiens remarquables comme M. L. Championnière ont décrit l'adéno-phlegmon pelvien. Dans son beau et bon livre, notre cher maître M. Pozzi a cherché à mettre un peu d'ordre dans ce groupe confus. Il a décrit d'une façon magistrale les salpingites et, cherchant toujours à mettre d'accord la clinique et l'amphithéâtre, il est arrivé à faire la lumière au milieu de ces ténèbres. Toutefois comme dans un traité il faut maintenir une juste mesure aux différents chapitres, tout en admettant les trois causes d'ordre féminin que nous admettons aussi pour expliquer les lésions du péritoine chez la femme, en laissant de côté toutes les péritonites communes des deux sexes ; en admettant, dis-je, la blennorrhagie, la puerpéralité et la forme mixte résultant de l'union des deux comme étiologie des affections des annexes et du péritoine périmétro-tubaire, il n'a pas voulu fixer les rapports qui existent entre les lésions et les causes. Tout en décrivant à merveille la périmétro salpingite séreuse, il n'a pas indiqué par quelle infection elle était produite, de même pour la salpingite ou pelvi-péritonite suppurée, de même pour le pyosalpinx, de même pour ces volumineux abcès pelviens. Toutefois M. Pozzi, en clinicien consommé, lorsqu'il vient à parler du phlegmon du ligament large que les recherches de

Delbet ne permettent plus de nier il dit en propres termes qu'il est consécutif à un récent accouchement et à une infectiou puerpérale. De même pour ce qu'il appelle la cellulite pelvienne diffuse qui est une vraie lymphangite. un érysipèle malin. Erysipelas malignum (Virchow). *Archives f. pathol, anatomie*, Bd XXIII.

Dans son traité des suppurations pelviennes Delbet non plus n'a pas rapproché les lésions de leur cause et citant de nombreuses observations, il ne conclut pas et il divise même les inflammations du péritoine pelvien en plusieurs catégories, réservant le nom de pelvi-péritonite à l'exsudat péritonéal du cul-de-sac de Douglas. Pour nous, en décrivant la pelvi-péritonite blennorrhagique nous aurons en vue l'inflammation du péritoine du petit bassin et si nous conservons ce nom de pelvi-péritonite, c'est parce que l'usage l'a conscaré, car dans l'affection qui nous occupe nous ne connaissons pas une seule observation où les annexes de l'utérus ne soient pas malades et lorsque M. Reclus, dans une discussion célèbre, est venu protester contre la suppression du mot pelvi-péritonite qui n'existe pas dans le livre de M. Pozzi, il aurait eu mille fois raison de protester et de citer des cas où le péritoine peut être atteint sans lésions apparentes des trompes et des ovaires, si M. Pozzi, de son côté, en appelant périmétro-salpingite les variétés de lésion de la séreuse n'avait voulu aussi bien relater les périmétrites consécutives à la puerpéralité par propagation lymphogène ou hématogène de l'infection allant de l'utérus au péritoine qui le couvre, que des périsalpingites consécutives à la blennorrhagie et qui ne sont autres que des lésions de propagation.

Elles sont rares d'ailleurs les occasions qui permettent d'étudier les lésions consécutives à la pelvi-péritonite blennorrhagique, les femmes ne mourant pas lorsque l'infection gonorrhéique est pure. Toutefois, nous appuyant sur les opérations auxquelles nous avons assisté et en compulsant les observations de Bernutz dont trois ont été suivies d'autopsie, la mort de la malade ayant été causée par une affection intercurrente, nous avons pu essayer de décrire les lésions.

Ce qui frappe à l'ouverture du ventre c'est l'absence de liquide. Ce n'est pas une péritonite à épanchements floconneux, fétides comme dans la puerpéralité. C'est une péritonite sèche, c'est une péritonite localisée. Quand on examine, en effet, le paquet intestinal, il ne paraît pas malade et il n'existe pas des adhérences molles, blanchâtres qui collent les anses entre elles et les immobilisent comme dans les autres

péritonites infectieuses. Non, il faut soulever tout le paquet intestinal et mettre à jour l'excavation pelvienne. On est frappé alors par l'aspect des nombreuses adhérences plus ou moins anciennes, de même quand on fait une laparotomie il faut arriver au fond de l'utérus et chercher à saisir les annexes pour s'apercevoir que leur situation est absolument modifiée par rapport à l'utérus et, de plus, qu'elles sont comme perdues au milieu de tout ce tissu conjonctif de nouvelle formation. Et cependant il est déjà résistant, ce tissu fibreux, il s'est même aussitôt formé, les adhérences ont une direction et une apparence très variable. Leur maximum d'épaisseur et de dureté existe là où elles sont nées, c'est-à-dire près des trompes et des culs-de-sac de Douglas, presque toujours la trompe enflammée vient s'appliquer à l'ovaire et s'y colle, c'est le mot, c'est alors que n'étant plus mobiles, l'un par rapport à l'autre, de plus ses parois étant épaissies par l'inflammation dont elle est le siège, la trompe exécute un mouvement de circumduction et vient souvent contracter une union plus ou moins intense avec le rectum. C'est alors qu'on dit qu'elle est prolabée dans le cul-de-sac. Lorsque l'autre trompe est également prise, ou si elle l'est moins, elle peut elle aussi faire la même évolution, ou au contraire contracter des adhérences intestinales ce qui est fréquent à droite entre l'appendice iléo-cæcal et la trompe droite.

L'épaisseur, la résistance des tractus fibreux qui constituent ces adhérences est assez grande pour entraîner des déviations utérines avec tout leur cortège symptomatique. Non seulement d'ailleurs les adhérences partent des trompes mais encore des faces de l'utérus et surtout de la face postérieure toujours dans le cul-de-sac de Douglas qui est le siège d'élection de cette péritonite adhésive, à laquelle on avait donné le nom de périmétrite postérieure de Freund; c'est d'ailleurs autour de ces tractus fibreux que peuvent se faire des poussées d'œdème aigu inflammatoire qui correspondent à la forme aiguë de notre pelvi-péritonite blennorrhagique et qui n'est autre que la périmétro-salpingite séreuse de Pozzi. Parfois, en effet, il existe de véritables poches intra-ligamentaires et dans ces poches une sérosité plus ou moins nette et muco-purulente même. C'est d'ailleurs l'exception, la périsalpingite suppurée dans l'infection blennorrhagique pure est rare et cela se comprend ; en tout cas elle est très limitée et se borne dans toutes les observations à une petite collection qui communique directement avec l'orifice de la trompe, laquelle con-

tient alors aussi du pus qui est le même que celui de la poche péritonéale car c'est celle qui le versait. Le fait est rare encore une fois, de même pour les lésions de voisinage qui sont la cause de la pelvi-péritonite blennorrhagique. Il y a toujours salpingite, presque toujours quand le début des accidents est récent les parois de la trompe sont peu altérées et il existe à l'intérieur une petite quantité de muco-pus enfermé dans la cavité et ne communiquant ni avec l'utérus ni avec le péritoine, ou au contraire il y a communication. Rapidement d'ailleurs lorsque l'ostium uterinum est oblitéré, ce qui manque une fois sur dix, la suppuration salpingienne qui communique avec la cavité de la séreuse, y déterminera des lésions inflammatoires plus ou moins marquées, et ne tardera pas à se tarir, laissant après elle les trompes lardacées épaisses dites parenchymateuses ou interstitielles. Dans d'autres cas, quand les deux orifices sont obstrués, un pyosalpinx est constitué, mais il n'a nullement ces caractères des pyosalpinx mixtes ou puerpéraux. Ces derniers tendent toujours à progresser et s'accompagnent de phénomènes généraux graves. Quant aux pyosalpinx puerpéro-gonorrhéiques, ce sont eux qui fournissent le plus grand nombre d'observations de suppurations étendues de poches multiples, adhérentes de toutes parts au plancher et aux organes voisins, le mélange des adhérences de la blennorrhagie avec les lésions suppurées puerpérales produisant ces éponges purulentes que présentent chez certaines femmes leur petit bassin.

Il nous reste à signaler les lésions de longue haleine, consécutives à la blennorrhagie du péritoine et des annexes, rétraction et atrophie, transformation fibreuse des trompes, oblitération de leur conduit, sclérose de leurs parois. Enfin, on observe même, lorsque les processus inflammatoires ont été nombreux autour de l'utérus et de ses annexes, comme une destruction de l'organe par atrophie et ankylose au milieu de tout ce tissu fibreux, c'est la parametritis atrophiante de Freund. Nous n'avons pas à dessein décrit l'histologie de ces lésions, elles n'ont rien de spécifique et ressemblent à toutes les dégénérescences pelviennes, à toutes les lésions de tissu scléro-cicatriciel.

Cependant nous croyons utile de donner en peu de mots les caractères microscopiques du gonocoque Diplococcus Neisseri.

Semblables par leur forme à des grains de froment ou de café, ces coccus constituent de petits amas situés dans les cellules, se colorant

très facilement par le violet de gentiane, et se décolorant par le Gram. Ils pénètrent à travers l'épithélium intact et entre les cellules épithéliales jusqu'au corps papillaire.

On ne peut les cultiver sur de l'agar-agar et il faut se servir de sérum de sang humain, sang placentaire ensemencé avec du pus provenant de blennorrhagie récente, 4 à 6 jours après son apparition.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de la péritonite vénérienne ou blennorrhagique comprend deux points principaux :

1° Il est prophylactique ou mieux préventif.

2° Il est curatif.

1° Lorsqu'une femme présente les petits accidents de la blennorrhagie, c'est-à-dire, vaginite plus ou moins marquée, vulvite, bartholinite, endométrite du col surtout car c'est la plus rebelle, ou du corps, il faut s'acharner à guérir le plus vite possible tous ces accidents.

Les injections vaginales avec une solution de permanganate à 1 pour 2000 gr. répétées plusieurs fois par jour suffiront dans les cas légers.

Dans les cas graves il faut maintenir les parois du vagin écartées avec de la gaze au salol ou à l'iodoforme et changer ce pansement tous les jours, Si la vaginite est très intense on pourra toucher les parois du vagin avec une solution légère au nitrate d'argent, mais surtout ce que l'on doit traiter énergiquement ce sont ces formes d'endométrite cervicale rebelle. Pour cela, dilatation de l'utérus, injection de teinture d'iode avec la seringue de Braun.

Drainage de la cavité utérine.

Tampons appliqués sur le col avec du naphtol camphré pour imbiber le tampon.

Curettage lorsque l'endométrite a gagné le corps. Curettage suivi d'injection caustique.

Lorsque l'on arrive trop tard et que l'examen physique permet de constater que le péritoine péri-utérin ou péri-salpingien est touché, en ce cas repos au lit, injections très chaudes. Compresses chaudes sur le ventre. Révulsion sur le bas-ventre énergique et répétée.

Enfin traitement chirurgical, ablation des annexes.

Ce dernier traitement ne doit être institué dans ces cas que lorsque tous les autres moyens ont échoué. Dans la forme que nous venons de décrire les cas de guérison en dehors de l'intervention sont très fréquents, nous avons été élevés dans un service où le maître était essentiellement conservateur et nous nous souviendrons toujours que, malgré son habileté opératoire, habileté dont il nous a donné des exemples répétés, il lui est arrivé plusieurs fois au moment d'opérer une femme qui attendait depuis plusieurs semaines de constater sous le chloroforme une telle amélioration des lésions locales que la malade était reportée à son lit avec ses trompes intactes, sinon intègres, de même nous avons entendu toujours professer à ce même maître, M. Pozzi, pour ne pas le nommer, que dans tous les cas on devait commencer la série des actes opératoires par le moindre et tenter toujours de guérir sans opérer, car lorsqu'on surveille de près les malades qui nous occupent on est toujours à temps d'opérer pour guérir.

Dans les formes qui succèdent à la puerpéralité les guérisons sans opération sont aussi rares que fréquentes dans les périmétro-salpingites vénériennes soit que l'agent pathogène soit plus virulent, soit qu'il choisisse pour voies d'infection les voies vasculaires et lymphatiques, c'est-à-dire les voies rapides.

Nous avons tenu à protester énergiquement contre les mutilations inutiles, soit par la laparotomie, soit par les hystérectomies vaginales. Sans aller jusqu'à considérer les tendances chirurgicales de la gynécologie française comme une des causes de la dépopulation, nous dirons cependant, d'accord avec M. Pozzi, que c'est l'honneur de l'école française de guérir et de conserver, et que nous devons tous nous appliquer à garder ces saines traditions.

CONCLUSIONS

I. — Par la disposition anatomique de ses organes génitaux la femme laisse en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire des trompes et de l'utérus la cavité péritonéale et la séreuse qui tapisse les parois de cette cavité. C'est à cela qu'est due la plus grande fréquence des infections du péritoine chez la femme que chez l'homme.

II. — Cette plus grande fréquence des péritonites septiques de la femme est toute entière le résultat de deux formes de péritonites septiques qui font entièrement défaut chez l'homme.

III. — A. La première de ces formes succède à l'infection de l'utérus ou des annexes par le streptocoque ou par le staphylocoque. Ce dernier microbe est beaucoup plus rarement constaté ; au contraire, le streptocoque est très fréquent, il est l'agent pathogène par excellence de l'infection puerpérale dont la péritonite est une des manifestations les plus ordinaires et les plus graves.

IV. — B. A côté de cette péritonite, il existe en dehors de tout état puerpéral une péritonite, spéciale quant à son siège, car elle est presque toujours localisée à la portion du péritoine qui tapisse le petit bassin; également spéciale quant à la nature de ses exsudats qui sont essentiellement plastiques, adhésifs et qui lui donnent tous les caractères d'une péritonite sèche, spéciale aussi quant à ses causes, car elle naît au cours de l'infection blennorrhagique des organes génitaux inférieurs, vulve, vagin, col, trompe ; spéciale enfin, quant à son allure clinique, car elle procède par poussées aiguës coïncidant souvent avec la menstruation ou certains excès sexuels.

V. — Cette péritonite a été décrite par certains auteurs sous le nom générique de pelvi-péritonite auquel on a ajouté les épithètes de menstruelle, congressive, blennorrhagique.

VI. — Pour nous, après avoir sérieusement lu et relu les observations publiées sous les noms qui précédent, après avoir également relu

nos propres observations, nous arrivons à conclure que chez la femme ce qui domine l'histoire de la péritonite aiguë, c'est la notion de l'infection.

VII. — Que cette infection est de deux ordres.

VIII. — A. Puerpérale et à streptocoques pour tous les cas où il y a eu accouchement ou avortement avant le début des accidents péritonitiques.

IX. — B. Vénérienne, sans microbes spécifiques encore nettement déterminés, pour tous les cas qui se produisent en dehors des 2 circonstances précédentes. Nous l'appellerons aussi blennorrhagique sans pouvoir encore dire gonorrhéique, car il nous a été impossible de préciser le rôle du gonocoque dans cette péritonite, et cependant il existe.

X. — Entre A et B, il existe une foule de types intermédiaires et combinés, dont le plus important est représenté par les faits nombreux de femmes ayant eu des lésions péritonéales vénériennes avec poussées successives comme c'est la règle, devenant enceintes, étant infectées par l'accouchement, et faisant une péritonite à streptocoques au milieu de lésions anciennes, dues à la péri-métrosalpingite vénérienne. C'est alors que l'on observe ces volumineux abcès pelviens, dont les parois formées par des adhérences stratifiées, ont servi de barrière au processus de suppuration diffuse que d'ordinaire engendre le streptocoque.

XI. — L'importance de la péritonite vénérienne est réelle.

XII. — Son diagnostic a une conclusion pratique, la nécessité d'un traitement énergique, radical de toutes les manifestations légères de l'infection blennorrhagique chez la femme.

XIII. — La nécessité non moins absolue de traiter l'urèthre de l'homme atteint d'infection récente ou ancienne, antérieure ou postérieure d'origine blennorrhagique et considérée à tort comme non virulente et non contagieuse.

XIV. — Pour rendre ce traitement efficace il faut savoir reconnaître la blennorrhagie de la femme où elle se cache et ne pas croire comme cela a été enseigné pendant de longues années qu'uréthrite est synonyme de blennorrhagie et que l'uréthrite étant rare chez la femme la blennorrhagie l'était aussi.

XV. — Enfin, non seulement il faut connaître les localisations variées

de la blennorrhagie féminine ; mais on doit aussi savoir que pour diagnostiquer cette dernière il ne faut pas exiger la présence du gonocoque sous le microscope dans le pus du vagin ou de l'utérus, car il disparaît vite, et de ce qu'on ne le trouve pas on ne doit pas conclure qu'il n'a pas existé ou même que le pus n'est plus infectant.

Observations.

Obs. I. (Inédite. Personnelle). — *Péritonite blennorrhagique.* — Maria Dantrém..., âgée de 17 ans, plumassière, entrée le 16 juillet 1890, salle A, à Pascal.

Le 15 juillet, au matin, M. de Beurmann faisait demander à M. Pozzi, de bien vouloir venir examiner une malade de son service couchée au lit n° 44 de la salle C, afin de savoir s'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement.

En arrivant près du lit de cette malade, nous sommes frappés de son aspect douloureux, ses traits crispés indiquaient une vive souffrance et sans qu'il soit légitime d'appliquer à son facies l'épithète de péritonéal, néanmoins ses yeux cernés et un peu creusés, sa pâleur, son nez effilé, l'altération de sa figure faisaient aussitôt songer à une affection abdominale. En la découvrant, on constate que le ventre est un peu ballonné. La palpation la plus délicate est impossible surtout quand la main approche des régions inférieures sus-pubiennes et iliaques. Néanmoins après un interrogatoire sommaire et la lecture de l'observation résumée ci-dessous, M. Pozzi apprend que cette malade est ainsi depuis trois jours, après avoir éprouvé une sensible amélioration dans son état pendant les mois de mai et juin, c'est-à-dire pendant les deux mois où ses règles, qui avaient été supprimées depuis novembre, sont revenues assez régulières. Depuis ces trois jours, sans qu'il y ait eu autre chose que l'absence de flux menstruel qui devait venir vers le 10 juillet, la malade est dans l'état où nous la voyons. Elle a eu à plusieurs reprises des vomissements alimentaires et verdâtres et ses douleurs abdominales n'ont pas cessé depuis lors, en même temps, il y a eu de la constipation et des urines peu abondantes et foncées. La malade ajoute en pleurant qu'elle est de nouveau et absolument comme elle était avant le mois de mai, car depuis le 25 décembre, elle est dans le service.

Voici son observation :

Maria Dantrém..., âgée de 17 ans, plumassière, entrée le 25 décembre 1889. Service de M. de Beurmann, à Lourcine.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : A l'âge de 13 ans, elle eut la petite vérole, dont elle porte encore quelques marques. A 14 ans, elle fut réglée pour la première fois et depuis jusqu'au mois de novembre 1889, elle le fut régulièrement sans trop de douleurs et sans que l'écoulement sanguin fût trop abondant.

Au mois de novembre 1889, elle eut ses premiers rapports sexuels et

quelques jours après elle s'aperçut qu'elle tachait son linge en jaune verdâtre, ces taches venaient d'un écoulement vaginal abondant qui s'accompagnait d'une sensation de chaleur très marquée, en même temps que de cuisson et d'ardeur en urinant. Il en fut ainsi pendant trois semaines environ sans que la malade ne fit rien pour se soigner ; elle continuait à aller et venir et à faire son métier. Au mois de décembre à peu près, au moment où les règles devaient venir, elle ne vit rien, mais en revanche, elle fut prise de douleurs abdominales très violentes siégeant surtout dans le bas-ventre et surtout dans la fosse iliaque gauche au-dessus de l'arcade crurale. Ces douleurs étaient tantôt spontanées, tantôt provoquées et surtout par la station debout ou par la marche ; l'absence de soins médicaux, la suppression du flux menstruel sans qu'il y eut grossesse pour l'expliquer, tout cela ne fit qu'aggraver la situation et le 25 décembre, le jour de Noël, la malade se décida à entrer à Lourcine, ne pouvant plus supporter les douleurs dont elle était atteinte. A son entrée dans le service, on constate qu'elle avait une blennorrhagie intense caractérisée par de la vaginite, de l'uréthrite et de la métrite. Le toucher était très pénible et permettait à peine de se rendre compte de l'état des annexes, néanmoins dès cette époque, on porta le diagnostic de poussée inflammatoire du côté du péritoine péri-tubaire gauche. L'examen au spéculum également très douloureux, fit constater que le vagin était d'un rouge vif et comme ulcéré par place, le col de l'utérus conique présentait également une petite ulcération de la lèvre inférieure. Un traitement approprié à tous ces symptômes fut institué : Lavages vaginaux, tampons isolateurs, cataplasmes sur le ventre, sangsues. Un soulagement notable suivit ce traitement et la malade pouvait marcher presque sans douleur et supporter également les pansements lorsqu'elle commença vers la fin de janvier, le 25, à ressentir des douleurs dans le genou gauche, douleurs qui s'accompagnèrent bientôt de gonflement de l'articulation, rendant la flexion complète impossible, ainsi que l'extension. Cette arthrite mono-articulaire fut considérée par M. de Beurmann comme présentant tous les caractères de l'arthrite gono-coccique. On immobilisa la jointure et on appliqua deux fois par semaine des pointes de feu. L'apparition de cette arthrite coïncida avec le retour présumé des règles qui manquèrent en janvier comme en décembre et dont, l'absence fut de nouveau trahie par une recrudescence très marquée des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui primitivement avaient été localisées à gauche, s'étendirent au côté droit, et comme à cette époque la vaginite était très améliorée et le toucher possible, on put se rendre compte des lésions.

Au toucher, M. de Beurmann constate déjà que le col est comme immobilisé, figé au milieu d'une masse inflammatoire, formant manifestement une tumeur volumineuse dans le cul-de-sac latéro-postérieur droit. Cette tumeur n'était pas fluctuante, mais rénitente et semblait formée par la trompe et l'ovaire unis entre eux par des adhérences péritonéales multiples.

Depuis lors, c'est-à-dire en février, mars, avril jusqu'en mai, la malade a présenté à chacune de ses époques menstruelles, faisant défaut, une poussée douloureuse péritonitique. Son état général était tantôt moins grave que celui que nous constatons aujourd'hui, tantôt aussi grave, jamais il n'a été plus grave. A maintes reprises pendant les accès et en dehors de ceux-ci, la malade fut examinée par M. de Beurmann. Les sensations perçues localement étaient très analogues à celles déjà signalées. Seules, les dimensions de la masse périmétro-salpingienne variaient. En mai et juin les règles sont venues et avec elles, surtout en mai, un vrai soulagement en même temps qu'une diminution marquée de la tumeur. Sans doute, les jours qui ont précédé chacune de ces deux époques furent marqués par des douleurs, mais bien moindres qu'aujourd'hui et ne s'accompagnant pas du syndrome péritonitique que nous constatons. L'arthrite blennorrhagique est guérie en tant qu'arthrite et l'ankylose n'est pas complète, il n'y a que de la raideur.

M. Pozzi se met en devoir d'examiner au point de vue génital la malade, et, malgré les grandes précautions prises, cet examen arrache des plaintes à la patiente. Au toucher et sans le combiner avec le palper abdominal, que les douleurs empêchent, il constate, comme l'avait déjà vu M. de Beurmann, que tout l'utérus est comme figé au milieu d'une masse inflammatoire assez dure donnant bien l'idée d'un empâtement péri-utérin et circum-utérin. Le cul-de-sac postérieur et les deux culs-de-sac latéraux sont remplis par cette masse qui est surtout douloureuse à droite, c'est-à-dire du côté qui le dernier a été pris.

Le vagin est encore le siège d'un écoulement jaunâtre et de chaque côté sur la face externe des caroncules, à l'orifice des glandes de Bartholin, existent les deux taches rouges, macules de Sänger.

M. Pozzi accepte de prendre la malade dans son service, néanmoins, comme l'a déjà fait M. de Beurmann, il ne croit pas à une intervention immédiate, il ne la déciderait que si les phénomènes actuels se manifestaient plus intenses.

Même traitement : révulsifs, glace sur le ventre, petit laxatif, injections très chaudes, sinapismes aux cuisses et aux jambes.

16 juillet. État stationnaire, moins de vomissements.

Le 17. Amélioration notable, douleurs moindres.

Le 22. La malade va beaucoup mieux, le toucher est même possible avec le palper, et M. Pozzi constate que l'empâtement persiste mais que les culs-de-sac sont moins tendus et que l'on peut circonscrire à droite une tumeur analogue aux tumeurs salpingiennes et une intervention est décidée en principe, salpingotomie.

Le 18 août, la malade, qui allait beaucoup mieux comme état général et qui cependant n'offrait aucun changement local, devait être opérée, lorsque le matin, étant toute préparée, elle est prise d'un léger écoulement de sang qui la fait remettre à la semaine suivante.

Les règles ne vinrent pas franchement, tous les deux ou trois jours la malade perdait un peu de sang, ses douleurs abdominales étaient revenues, moins intenses mais presque continuelles, et ni les petits vésicatoires volants, ni la glace ne les savaient calmer. C'est alors et au bout de trois semaines, le 15 septembre, que M. Pozzi se décide à pratiquer la salpingotomie.

A l'ouverture du ventre, après incision, sur la ligne médiane, de 6 centim., M. Pozzi constate que du côté gauche existe une tumeur extrêmement adhérente aux parties voisines, il n'amène qu'après de grands efforts cette tumeur à l'extérieur à cause de la rigidité de la partie postérieure du ligament large, ligament infundibulo-pelvien qui dut être sectionné entre deux ligatures. Un fil de soie est placé sur le pédicule, près de l'utérus, et la section est pratiquée en dehors. En décortiquant, M. Pozzi a la sensation de la rupture d'une petite poche liquide qu'il attribue à de la périmétro-salpingite, et qui faisait corps avec la trompe.

A droite, les difficultés furent très grandes aussi, la tumeur étant très adhérente et remplissant en partie le cul-de-sac de Douglas au milieu d'un véritable feutrage d'adhérences plus ou moins résistantes que M. Pozzi rompt avec les doigts. Après ces manœuvres, la tumeur droite est excisée. On essuie soigneusement avec des compresses chaudes ces adhérences qui saignaient un peu. On fait un tamponnement provisoire, puis suture à trois étages, et dans l'angle inférieur une mèche de gaze iodoformée est mise par précaution.

A l'examen des pièces, on constate : à gauche, la tumeur est formée de trois parties :

A. L'ovaire gros comme une noix et renfermant plusieurs petits kystes et un grand kyste séro-sanguin.

B. La trompe, très épaissie, augmentée de volume, le pavillon oblitéré et présentant à la coupe une apparence foliacée de la muqueuse et une augmentation notable des parois, vraie salpingite parenchymateuse récente.

C. Un kyste à parois très minces formées par des adhérences réunissant l'aileron de la trompe à celui de l'ovaire et vidé en partie par M. Pozzi. Ce kyste ne renfermait que de la sérosité roussâtre.

A droite, ovaire contenant plusieurs petits kystes sanguins, apoplexies ovariennes correspondant sans doute aux époques absentes.

La trompe est également augmentée de volume, ses parois épaissies, quoique moins épaissies qu'à gauche, offrent les lésions de la salpingite parenchymateuse. A la section, cette trompe, oblitérée du côté de l'utérus et du péritoine, renfermant une cuillerée à café de liquide louche granuleux, séro-purulent, cette trompe formait une tumeur adhérant de toutes parts à l'intestin, et à droite offrant une adhérence au cæcum et à l'appendice iléo-cæcal, disposé de sorte que cet appendice aurait pu être pris pour une trompe.

Les suites de l'opération ont été excellentes : La cicatrisation de la plaie

abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour, la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente-cinq jours, c'est-à-dire le 20 octobre, complètement guérie. Revue depuis, la malade est en parfaite santé.

Observation II. (Inédite Personnelle) (*Blennorrhagique.*) — Beg..., Rose, âgée de 21 ans, mécanicienne, entrée le 18 août 1890, salle Pascal A, lit nº 18 *bis*.

Père et mère morts de maladie de poitrine. Une sœur bien portante. Réglée à 15 ans, premières règles non douloureuses mais pas régulières, la malade reste quelquefois un mois sans voir. A l'âge de 16 ans, les règles ont cessé pendant trois mois. A ce moment elle eut de l'œdème des membres inférieurs et de l'abdomen avec douleurs très fortes surtout au niveau de la région cæcale. Les règles ont reparu sans douleurs ni pertes abondantes.

En somme, la malade nie tout accident puerpéral. Ses premiers rapports sexuels datent de 1888, la malade avait 18 ans ; toutefois ce n'est qu'au mois de juin 1890, que la malade commence à perdre abondamment en blanc, en même temps au commencement de juillet les douleurs deviennent beaucoup plus vives dans le bas-ventre surtout à droite à l'endroit où déjà elle avait souffert à 16 ans. A l'époque de ses règles, le 5 juillet, les douleurs furent encore plus vives et s'accompagnèrent de ballonnement du ventre et de quelques vomissements, néanmoins tous ces phénomènes s'apaisèrent un peu à mesure que les règles s'établissaient et coulaient normalement. Toutefois, le 27 juillet 1890, la malade, qui avait eu une vraie rémission dans les phénomènes douloureux tout en conservant son écoulement, vit cet écoulement augmenter beaucoup à la suite d'excès multiples. La couleur était verdâtre, il y avait de la chaleur et même de l'ardeur en urinant ; comme elle continuait à aller et venir les douleurs de nouveau prirent le caractère d'acuité qu'elles avaient eu le mois précédent, existant aussi bien à gauche qu'à droite. Toutefois il n'a pas été constaté de vomissements. Les règles vinrent comme en juillet amenant avec elles un peu de soulagement. Cependant lorsqu'elles furent finies la malade raconte avoir conservé bien plus que le mois précédent de la sensibilité dans l'abdomen et cette fois c'était dans la fosse iliaque gauche que siégeait le maximum des phénomènes douloureux. Malgré les injections et deux petits vésicatoires, la malade, continuant à souffrir et à perdre en blanc, se décida à ne pas attendre les règles de septembre et entre à l'hôpital le 18 août 1890.

M. Pozzi constate : Col conique, utérus en antécourbure. Dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche existe une tumeur ligneuse très douloureuse adhérant à la face postérieure de l'utérus et à la paroi pelvienne, qui par la palpation bimanuelle proémine dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est volumineuse et englobe presque tout l'utérus. Dans le cul-de-sac vaginal droit existent quelques végétations simples. En

outre la muqueuse est rouge et de l'urèthre on fait sourdre une gouttelette de pus.

M. Pozzi se décide à l'opération, qui est pratiquée le 3 septembre.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen on trouve des deux côtés de l'utérus des masses élastiques très adhérentes aux bords de l'organe. Ces masses très volumineuses sont formées par des adhérences multiples de périmétro-salpingite s'entre-croisant en tous sens et ayant fusionné l'intestin à l'utérus. A grand'peine M. Pozzi dégage par dilacération les annexes gauches qui forment une tumeur (œuf). On ne peut distinguer l'ovaire de la trompe, il est difficile d'attirer le ligament large, on sectionne le ligament infundibulo-pelvien entre deux ligatures ; après quoi on arrive à pédiculiser difficilement les annexes et à les sectionner ; il est permis de distinguer difficilement alors la muqueuse de la trompe hypertrophiée qui coiffe comme un épididyme l'ovaire scléro-kystique.

A droite, la tumeur est plus grosse, on distingue à l'œil nu une grosse trompe qui coiffe l'ovaire anfractueux ; la trompe élastique lardacée présente les apparences d'une salpingite parenchymateuse hypertrophiée.

La section de l'ovaire montre une masse analogue pleine de petits kystes folliculaires.

Les suites opératoires ont été excellentes : la cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention, le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente jours, c'est-à-dire le 1er octobre, complètement guérie. La malade a été revue depuis et en parfaite santé.

Observation III. (Inédite Personnelle) (*Blennorrhagique*). — Degr..., Pauline, âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, entrée le 16 septembre 1890, salle Pascal A, n° 14.

Depuis 7 jours cette malade éprouve de violentes douleurs dans le ventre, qui ont pris un tel caractère d'acuité qu'elle vient à Pascal demander une opération qui mette fin aux douleurs intolérables qu'elle éprouve. Lorsque nous la voyons le 13 septembre dans le service de M. de Beurmann où elle est entrée en attendant que nous puissions la prendre, nous constatons les phénomènes suivants :

Femme blonde, lymphatique, très pâle, les yeux cernés et creusés, le facies péritonéal, le ventre est tendu, météorisé et depuis trois jours la malade n'a pas quitté le lit, la course en voiture qu'elle a faite pour venir à Lourcine a exaspéré les douleurs dans le ventre, que l'on ne peut explorer sans arracher des cris à la malade ; on prescrit de la glace sur le ventre, une piqûre de morphine et un grand lavement pour le lendemain.

14 septembre. Légère amélioration, la malade a eu une garde-robe qui l'a soulagée.

Le 15. L'amélioration continue.

Le 16. La malade est transportée au lit n° 14 de la salle A ; malgré les

précautions prises, le changement de salle, les mouvements spontanés et provoqués ont réveillé les douleurs à la visite du soir, le facies de la malade est de nouveau péritonéal,la température dépasse 39°, le pouls est fréquent, la malade a vomi trois fois dont une fois des matières verdâtres abondantes.

Le ventre est moins ballonné que le premier jour, il est néanmoins tendu et très douloureux surtout au niveau de l'utérus et dans les fosses iliaques ; nous ne poussons pas plus loin l'examen. Application de glace.

Le 17. A la visite, M. Pozzi approuve le traitement et se contente d'interroger la malade sur ses antécédents.

Au point de vue héréditaire : Père mort tuberculeux, mère morte cancéreuse.

Au point de vue personnel : Bronchites fréquentes, fluxion de poitrine à 11 ans, pas d'autres maladies générales.

Au point de vue génito-urinaire : Premières règles à 15 ans 1/2, régulières et indolores. En juin 1889, la malade qui se portait bien est prise, à la suite d'un coït avec un sous-officier, que depuis elle a su être en traitement au Midi, de pertes blanc verdâtre avec sentiment de cuisson dans le vagin, d'ardeur en urinant; néanmoins, elle ne se soigne pas et ce n'est qu'après avoir constaté que les rapports sexuels deviennent très douloureux et que son écoulement vaginal augmente, qu'elle se décide à consulter, il y avait à peu près 15 jours que sa blennorrhagie avait débuté ; environ 5 jours après son époque menstruelle. Trois semaines après le début de sa vaginite, brusquement elle fut prise d'une atroce douleur dans le ventre, avec fièvre, frissons, etc. ; ses douleurs abdominales sont telles qu'elle entre à la Pitié dans le service de M. Audhoui où l'on porte le diagnostic de pelvi-péritonite, on applique des sangsues, de la glace et malgré cela, l'amélioration tarde longtemps à s'établir, pendant dix jours la malade reste étendue n'osant remuer, le ventre était ballonné et la constipation habituelle ne cédant qu'à des lavements ou à des laxatifs; elle resta trois mois dans le service, sort de l'hôpital se croyant guérie, conservant toujours un peu de vaginite et un peu de sensibilité abdominale. A peine sortie, les fatigues de tout genre, les excès auxquels elle se livre font réapparaître avec une égale intensité et la vaginite et la péritonite. Elle rentre alors à Beaujon dans le service de M. Millard, où elle est traitée pendant deux mois et d'où elle sort très bien portante en novembre. Pendant un mois elle se trouve assez bien, toutefois en janvier elle a une nouvelle poussée de douleurs abdominales accusées surtout à droite ; cependant après quelques jours de repos au lit, elle retrouve un peu de calme et passe les mois de février et de mars chez elle. En avril 1890, à la suite, dit-elle, d'une recrudescence de pertes blanches et d'excès sexuels elle est obligée un jour de s'arrêter au milieu de la rue, tant les douleurs qui l'ont saisie sont violentes surtout marquées à gauche. On la transporte dans le service de M. Polaillon à la Pitié. Pendant les trois jours qui suivirent son entrée

dans le service elle présenta des symptômes de péritonite aiguë si intenses que la question de l'intervention immédiate fut posée, mais le troisième jour la malade commençait à moins souffrir et on décida d'attendre ; cette fois, si aigus qu'avaient été les signes de péritonite ils disparurent plus vite que les autres fois et trois semaines après son entrée à la Pitié, la malade sortait. Depuis lors, dit-elle, jusqu'à il y a 7 jours elle n'a pas cessé de souffrir dans le bas-ventre de chaque côté et plutôt davantage à gauche qu'à droite, lorsqu'elle fut prise il y a 7 jours des phénomènes douloureux très aigus qui l'ont amenée à Pascal, puis ici, et que nous avons racontés.

Après cet interrogatoire, M. Pozzi touche la malade et constate que les culs-de-sac sont très douloureux surtout en arrière de l'utérus. Sans pouvoir limiter la masse que l'on sent en arrière, il est manifeste qu'il y en a une volumineuse formée par des adhérences multiples qui fixent l'utérus dans la position qu'il occupe.

18 septembre. L'amélioration continue.

Les 19 et 20. La malade va vraiment mieux.

Le 22. M. Pozzi peut faire venir la malade à l'amphithéâtre où il constate : Le col petit, entr'ouvert, granuleux. Utérus en avant et légèrement rétrofléchi. Cul-de-sac postérieur très profond et douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur, ronde, très douloureuse au toucher, non adhérente au cul-de-sac mais immobile, manifestement formée par les annexes, probablement du côté droit et difficiles à distinguer au milieu des masses fibreuses. Le cul-de-sac latéral gauche est libre. Dans le droit empiètent la tumeur et les adhérences.

Diagnostic : Salpingite kystique, peut-être hydrosalpinx.

L'opération est décidée et pratiquée le 2 octobre.

Sous le chloroforme, M. Pozzi pratique à nouveau le toucher combiné avec le palper et il dicte le diagnostic suivant : double salpingite avec pyosalpinx à droite probablement, le tout très augmenté de volume par les adhérences qui les entourent.

Après l'incision, M. Pozzi arrive sur les annexes qui sont prolabées dans le cul-de-sac postérieur et comme maintenues par de véritables ligaments de néoformation formés aux dépens de brides péritonéales qui limitent et croisent le cul-de-sac de Douglas. Les intestins sont en partie adhérents à cette masse surtout pour ce qui est du rectum et de l'S iliaque. La décortication est difficile, surtout à droite.

Examen des pièces. — L'opération a eu lieu sans incident notable et a duré 25 minutes.

Du côté gauche, la tumeur salpingienne a le volume de l'index et renferme une cuillerée de pus crémeux. L'ovaire scléro-kystique contient de petits kystes transparents et un gros kyste sanguin contenant du sang épais, caillé et couleur chocolat.

Du côté droit, la trompe est un peu plus volumineuse et forme un sac du

volume de l'index, ses parois sont épaissies, tomenteuses et contiennent du pus en petite quantité. L'ovaire, du volume d'une grosse noix, est absolument transformé en kyste séreux à parois ecchymotiques. Une fois ces kystes évacués, l'ovaire est réduit.à une sorte de coque.

Les suites opératoires ont été excellentes : La cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par 1re intention le 7e jour et on fait l'ablation des fils. Le 25e jour la malade se lève et sort de l'hôpital complètement guérie le 3 novembre. Revue depuis, la malade est en parfaite santé,

Observation IV (Inédite. Personnelle) (*Blennorrhagique.*) — Hu.. , Augustine, âgée de 20 ans, blanchisseuse, entrée, le 4 août 1881, salle Monneret, lit n° 2, hôpital Necker.

Cette malade vient dans le service pour un écoulement purulent vaginal et m'est envoyée par mon ami Martin, interne à Lourcine.

Sauf cet écoulement verdâtre, épais, tachant et empesant le linge, cette femme n'accuse aucune douleur dans le bas-ventre. Interrogée sur ses antécédents elle raconte qu'elle a eu de la gourme étant enfant, la chlorose à 11 ans à la suite d'une rougeole. Au point de vue génital elle a été réglée à 17 ans et toujours régulièrement ; à 18 ans 1/2 elle eut ses premiers rapports sexuels et, quoique depuis longtemps elle ait déjà des pertes blanches, ce n'est qu'il y a six semaines que ces pertes ont pris le caractère qu'elles ont actuellement et ce n'est que depuis une dizaine de jours surtout qu'elle a éprouvé de la gêne en urinant et un sentiment de cuisson et d'ardeur aux parties génitales.

Après cet interrogatoire nous procédons aussitôt à un examen complet de cette malade. A la vue, l'orifice vaginal est rouge, de chaque côté, au niveau des glandes de Bartholin, existe la macule gonorrhéique de Sänger. Il y a aussi un peu de rougeur à l'orifice de l'urèthre. Au toucher on constate un col irrégulier et donnant au doigt la sensation de velouté spéciale aux ulcérations cervicales. Rien dans les annexes, les culs-de-sac sont libres latéralement et en arrière. Au spéculum, la muqueuse du vagin est rouge vif, un pus verdâtre très abondant remplit le vagin et on voit très manifestement que ce pus est à la fois fourni par les parois du vagin et par le col de l'utérus qui laisse sourdre un pus un peu plus épais que celui du vagin. Après un lavage soigneux au sublimé et application d'un tampon d'ouate stérilisée sur le col, la malade se couche.

Le lendemain, nous retirons ce tampon après avoir soigneusement lavé extérieurement la vulve et avec une pipette nous avons à grand'peine pu recueillir du pus vaginal et du pus venant de l'intérieur de l'utérus.

Nous avons dit que ce dernier était très épais et formait plutôt un écoulement muco-purulent, en outre, l'introduction du spéculum était très douloureuse et faisait saigner la muqueuse vaginale. Le tampon que nous avions laissé imbiber par les sécrétions vagino-utérines fut également recueilli et transporté au laboratoire de M. Netter.

Le 8 août, la malade commence à voir ses règles qui durent 7 jours,

jusqu'au 15 août, présentant une abondance un peu plus grande que normalement. Pendant ses époques la malade, qui est très indocile, se leva, marcha dans la salle et ne prit aucune précaution.

Aussi le 16 au matin, lorsque la cessation de ses règles nous permettait de l'examiner ne fûmes-nous pas surpris d'apprendre que l'écoulement verdâtre persistait et qu'en outre la malade éprouvait quelques douleurs dans la région iliaque gauche.

A la vue et au toucher les signes sont à peu près les mêmes qu'avant les époques, la rougeur du vagin s'est seulement atténuée, mais il y a toujours une sensibilité anormale de la muqueuse réveillée par le toucher et à la vue le col de l'utérus est encore plus profondément ulcéré qu'avant, la lèvre inférieure est en ectropion elle est bourgeonnante et les sécrétions qui sans cesse la baignent sont toujours épaisses et purulentes. En outre, en pratiquant le toucher combiné on constate de la rénitence et de la sensibilité surtout vers le cul-de-sac latéral gauche. La malade, qui exagère un peu, prétend souffrir depuis le 14; nous recueillons du pus du vagin et de l'utérus.

Le 18 août, les douleurs vives à gauche s'apaisent un peu, mais cependant au toucher on constate nettement un peu d'empâtement ; l'application de sinapismes et des injections chaudes répétées amènent un peu de soulagement. Ce soulagement dure peu, la malade faisant toujours les mêmes imprudences ; aussi le 20 août à la visite du matin trouvons-nous la malade, qui jusque-là était restée sans fièvre, avec 39°,4, le soir 39°,8. Le ventre est un peu tendu, ballonné et les douleurs très vives ont passé très brusquement de gauche à droite. Au toucher la région est très douloureuse et on sent manifestement un empâtement diffus occupant une partie du cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral. Une application de sangsues, deux grammes d'antipyrine, des injections chaudes amènent une détente, et la malade reste assez bien à partir du 26 août jusqu'au 5 septembre ; des pansements assez réguliers malgré les cris de la malade, une dilatation utérine, des cautérisations d'iode avaient amené un soulagement réel. En outre, deux mouches de Milan avaient été appliquées successivement, aussi la température qui depuis le 20 dépassait 38° le soir, redevenait-elle normale le 28 août jusqu'au 6 septembre ; ce jour-là, la malade accuse de nouveau de vives douleurs dans toute la région inférieure de l'abdomen, la température s'élève tous les soirs à 38°,6-38°,8 et le matin elle reste à 37°. La courbe offre donc des oscillations thermiques de 1 degré 1/2. En même temps l'écoulement vaginal devenait très abondant au point que la malade, qui arrivait à la date de ses époques, attribuait tous ces phénomènes à ses règles.

Malheureusement les règles manquèrent sinon complètement au moins presque complètement, à peine si pendant 36 heures la malade aperçut quelques taches de sang.

Aucune médication intempestive ne fut dirigée contre cette aménorrhée, mais comme l'écoulement utéro-vaginal persistait toujours de plus en plus,

intense, nous recommençâmes à en recueillir dans des pipettes et dans un tube à expériences stérilisé. Au laboratoire nous inoculons des souris et nous introduisons chez deux cobayes de l'ouate stérilisée dans le pus, d'ailleurs nous relatons toutes ces expériences à la fin de cette observation ; cliniquement ce qui est certain, c'est que le 12 septembre il y eut une nouvelle amélioration, sans que la malade toutefois puisse se lever; cette amélioration dura peu et malgré l'apparition à plusieurs reprises d'un écoulement sanguinolent, les règles vraies ne vinrent pas. Aujourd'hui, 2 octobre, la température est toujours très élevée, le soir il y a des oscillations très marquées indiquant que la suppuration a gagné les annexes. La sensibilité du bas-ventre est toujours excessive. Au toucher on constate nettement que derrière l'utérus et de chaque côté existent des adhérences qui immobilisent l'utérus et entourent d'une vraie gangue fibreuse la trompe et l'ovaire gauche.

Ces phénomènes ont persisté tout le mois de septembre jusqu'au 7 octobre, époque présumée des règles pendant toute cette période. La sensibilité du ventre s'est beaucoup accusée, la température s'élevait tous les soirs aux environs de 40° pour tomber le matin. Impossible d'examiner la malade qui se laisse à peine faire des injections vaginales, les applications de glace sur le ventre ne produisent aucun soulagement.

C'est alors que le 5 octobre nous consentons à cesser la glace, qui lui est douloureuse, et à lui appliquer des compresses chaudes. Au bout de 48 heures l'amélioration a commencé, la sensibilité a diminué énormément et la température est redevenue normale. Les règles cependant ne sont pas venues et cependant localement l'amélioration est en rapport avec l'amendement général (1).

Observation V. — *Cas de péritonite aiguë généralisée, rapidement mortelle, chez une enfant, à la suite de catarrhe vulvo-vaginal.* — La malade était une fillette de 4 ans. Père et mère toujours bien portants, la malade aussi. Le matin du 12 mai 1890, elle déjeune comme d'habitude, après avoir été à la selle et elle paraît bien portante. A 10 heures, deux heures après son déjeuner, elle se plaint de douleur dans le ventre. Dans la matinée elle se promène, mais les douleurs deviennent tellement fortes qu'on est obligé de lui donner quelques gouttes de laudanum. Dans l'après-midi, aggravation ; on envoie chercher le Dr X... (—) qui trouve l'enfant pâle et déjà dans un léger collapsus. Il prescrit des applications chaudes et de la teinture de digitale. Le lendemain 13, pas d'amélioration ; dans l'après-midi la fillette s'agite et a du délire. On m'appelle en consultation

(1) Cette malade, très difficile à soigner, est encore aujourd'hui, 1er février, dans le service. Nous l'avons examinée sous le chloroforme le 10 janvier 1892. Elle conserve des lésions de périmétro-salpingite adhésive à gauche et, malgré l'état général excellent, il est certain qu'elle est génitalement infirme et en imminence de poussée aiguë péritonéale.

et je vois la petite à 8 heures. Collapsus intense, lèvres sèches, agitation, parfois nausées. Pouls à 120, langue chargée, abdomen distendu, tympanisme. Douleur intense près de l'ombilic et dans tout le côté droit du ventre. Je trouve un écoulement vulvaire abondant. La mère nous dit que cet écoulement existait depuis quelque temps, mais que l'enfant ne se plaignait pas. Comme diagnostic nous étions d'accord pour admettre l'existence d'une péritonite généralisée. En ce qui concerne la cause nous ne pouvions nous empêcher d'accuser l'écoulement vaginal. Si ce dernier n'avait pas existé, la seule hypothèse possible eut été une rupture de l'intestin et particulièrement de l'appendice iléo-cæcal. L'enfant mourut le lendemain matin. Pas d'autopsie.

Je suis d'autant plus disposé à admettre la cause que j'ai indiquée que d'autres médecins ont observé des faits semblables. Le Dr Francis Hubert, de New-York (*Transaction of the American Society*, vol. I, 1890) rapporte une observation de péritonite aiguë chez une jeune fille de 7 ans, consécutive à un catarrhe vulvo-vaginal et simulant une perforation de l'appendice. Dans ce cas on fit la laparotomie, et à l'autopsie on trouva : « l'extrémité abdominale et la trompe enflammées et épaissies et formant incontestablement le chemin par lequel l'infection a gagné la cavité abdominale et a simulé ainsi les symptômes d'une perforation de l'appendice ». Le Dr Huber rapporte d'autres observations encore ; la conclusion à en tirer, c'est qu'il faut toujours penser à la possibilité de cette complication grave dans les cas de catarrhe vulvo-vaginal chez les enfants.

Obs. VI. — *Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite blennorrhagique latente* (1). — Julia Ch..., 19 ans, domestique, entre le 19 septembre 1889, salle Cullerier, lit n° 8, dans le service de M. Balzer, à Lourcine.

Ses antécédents héréditaires et personnels, pathologiques et hygiéniques, sont excellents. Père et mère bien portants. Elle a été réglée à 15 ans. Depuis, les règles ont été régulières. Elle vient à l'hôpital pour la première fois. Depuis quelque temps (2 à 3 septénaires) elle a un écoulement vaginal jaune verdâtre, qui s'est surtout accentué depuis cinq jours.

Les grandes lèvres ne sont pas gonflées. La face interne de la grande lèvre droite présente deux érosions, produites, sans aucun doute, par les liquides vaginaux irritants. L'urèthre est normal : la miction n'a jamais été douloureuse. Le vestibule, l'anneau vulvaire présentent une coloration rouge carmin, intense. Les ganglions inguinaux ne sont pas appréciables.

L'introduction du spéculum est douloureuse. Le vagin est rouge, granuleux, recouvert d'une couche notable d'un pus jaune, crémeux. Le col de l'utérus n'est pas hypertrophié : il laisse écouler par son orifice externe un pus jaunâtre, épais, bien lié, mêlé aux glaires. Le toucher fait constater la mobilité parfaite et la situation normale de l'utérus. Les culs-de-

(1) Thiroloix. — *France médicale*, 1889, t. I, n° 139, p. 1638.

sac vagino-utérins sont libres et nullement douloureux. Les organes génito-internes semblent donc en excellent état. La malade n'éprouve aucune douleur dans le bas-ventre, ni colique, ni sensations de pesanteur, ni tiraillements. L'examen de la peau, des muqueuses, du cuir chevelu, ne fait constater aucune affection syphilitique ancienne ou récente.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a jamais gardé le lit; toute la journée, elle se promenait dans le jardin, était très gaie.

Du 19 septembre au 7 octobre, elle a subi le traitement habituellement suivi dans le service pour combattre la vaginite blennorrhagique : chaque jour, on lave le vagin à l'eau tiède résorcinée à 5 0/0. On n'a jamais fait de cautérisation intra-utérine. Très améliorée à cette date (la vaginite avait complètement disparu, l'écoulement utérin était fort peu abondant, il n'existait aucune douleur dans le ventre, Julia Ch..., avait demandé sa sortie.

Le 7 octobre dans la journée, elle se promène comme d'habitude, mange et se couche sans avoir éprouvé le moindre malaise, en excellente santé. A minuit, elle est prise d'un frisson violent subit, de douleurs extrêmement vives dans l'hypogastre et de vomissements. L'infirmière applique sur le ventre un cataplasme arrosé de laudanum.

Le matin, à la visite, l'état de la malade est le suivant : le visage est pâle, défait. Les douleurs abdominales sont très intenses et empêchent toute exploration profonde de l'abdomen qui est ballonné, très tendu impossible à déprimer. Le toucher vaginal, quoique pénible pour la malade peut être pratiqué avec soin. Il permet de reconnaître que les annexes ne sont pas le siège d'altération appréciable : la pression au niveau des culs-de-sac est très douloureuse.

Avant l'éclosion de cet incident morbide et aigu, les selles avaient toujours été régulières, et le matin à quatre heures il y a une selle liquide abondante. Les vomissements sont abondants, verts, porracés, se produisent environ toute les demi-heures. Le pouls est petit, fréquent, les extrémités sont froides. La température vaginale est de 38°,2. Quoique grave, l'état général ne pouvait laisser prévoir une marche aussi rapide.

Dans l'après-midi, les phénomènes s'accentuent. La douleur abdominale devient atroce, intolérable, arrache des plaintes à la malade. La moindre pression ajoute encore à cette intensité : la chemise même n'est pas supportée. En examinant avec le plus de douceur possible la région abdominale antérieure, il est possible de se rendre compte que le maximum de la douleur siège dans la région sous-ombilicale à droite. Le météorisme, déjà si considérable, s'est encore accru. La langue est sèche, l'haleine fétide.

Sous l'influence des efforts de vomissements, la malade a uriné sous elle et a perdu des matières sans caractères pathologiques. Les vomissements bilieux incessants sont remplacés vers le soir par des vomissements nettement fécaloïdes, abondants, roussâtres, fétides. Il est à remarquer que, dès ce moment jusqu'à la mort, il n'y a plus eu de garde-robes. La soif a toujours été vive. Les boissons, avalées en grande quantité, sont vomise

presque aussitôt sans grands efforts. A six heures, la respiration devient fréquente. Température 38°,5. Les vomissements fécaloïdes continuent.

A une heure du matin, le facies péritonique est des plus marqués. Le nez est effilé, les pommettes saillantes, les yeux excavés, cerclés de noir. Le pouls est incomptable. Le corps est recouvert d'une sueur froide abondante. Les vomissements se succèdent presque sans interruption ; le hoquet apparaît. L'intelligence jusqu'ici conservée s'obnubile ; la dyspnée devient très intense ; la malade tombe dans le collapsus et meurt à 2 heures et demie du matin, c'est-à-dire 26 heures après l'apparition des premiers phénomènes.

Le traitement a consisté en glace intus et extra, une demi-piqûre de morphine toutes les deux heures.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — L'abdomen est extrêmement météorisé. Incisé, il laisse voir les anses intestinales dilatées. Leur paroi externe est vascularisée, et sur quelques points se voit une teinte rouge foncé des plus nettes, due à une dilatation énorme des vaisseaux de la paroi intestinale. Le grand épiploon présente la même injection vasculaire très marquée. La séreuse est congestionnée dans toute son étendue. Il n'y a aucune adhérence des anses intestinales entre elles, ni de celles-ci avec les organes abdominaux, utérus et ses annexes en particulier. Sur les anses intestinales se voient de très minces fausses membranes fibrineuses, peu étendues. Elles se laissent facilement enlever et laissent voir un intestin très congestionné. Les 12 derniers centimètres de l'intestin grêle présentent une coloration rouge carmin qui embrasse toute la circonférence de cette partie du tube digestif. Le mésentère renferme quelques ganglions hypertrophiés. Il n'y a pas une goutte de liquide séreux ou purulent dans la cavité péritonéale. La péritonite n'a pas dépassé le stade de prolifération cellulaire et d'exsudation interstitielle.

L'utérus est de volume normal, mobile, sans déplacement morbide. Les deux trompes sont plus volumineuses que normalement : leur diamètre est deux fois plus grand. Leurs flexuosités sont plus nettes, plus accusées. A leur extrémité externe, près du pavillon vascularisé, mais sans déformation, se voit l'ampoule dont le volume est augmenté. La paroi des oviductes est lisse, grisâtre, non injectée, unie. Incisés, on trouve un léger épaississement de leur paroi, et dans leur intérieur du pus en grande quantité. Ce pus bien lié, jaunâtre, remplit presque toute la cavité. La trompe droite est plus dilatée et contient plus de pus que celle du côté gauche.

Les ovaires n'offrent aucune altération appréciable à la vue. On n'y voit pas d'ovisac prêt à se rompre et saillant.

Le péritoine pelvien est intact. Il n'y a pas trace de sang, de pus ou de fausse membrane au niveau des culs-de-sac anté et rétro-utérins. Le fond de l'utérus contient un pus d'aspect identique à celui des trompes. L'estomac est très dilaté et contient un liquide jaunâtre, fécaloïde, identique à celui qui se trouve dans l'œsophage et dans tout le petit intestin. Une

assez grande quantité de ce liquide est sortie de la bouche du cadavre pendant le transport de la salle à l'amphithéâtre.

La muqueuse du tube digestif est normale. Il n'y a aucune ulcération, aucun développement anormal des follicules clos. La perméabilité est parfaite dans toute l'étendue du tractus intestinal. Tous les autres organes de la cavité abdominale et du thorax sont absolument normaux.

Observations résumées de pelvi-péritonites dites menstruelles ou traumatiques ou balistiques (*En réalité blennorrhagiques*)

(Ext. de *Clin. Mal. des femmes*, Bernutz et Goupil, t. II.)

Obs. VII. — Absence d'affections utérines antérieures. Écoulement leucorrhéique très abondant. Le deuxième jour de l'écoulement des règles immersion prolongée des mains dans l'eau froide. Suppression de l'écoulement menstruel. Immédiatement malaise, douleurs abdominales qui augmentent graduellement pendant les jours suivants. Le septième jour de la suppression menstruelle, entrée de la malade à l'hôpital, où nous constatons l'existence d'une tumeur occupant la partie latérale droite de l'utérus. Application de sangsues sur le col, amélioration progressive. Retour régulier de la menstruation. Guérison presque complète. Sortie de la malade de l'hôpital où elle rentre dix jours après sa sortie, affectée d'une fièvre typhoïde maligne qui la fait succomber soixante-neuf jours après la suppression des règles.

Autopsie. — Ulcérations des plaques de Peyer. Adhérences de la trompe droite à l'ovaire correspondant, circonscrivant un foyer muco-purulent intra-péritonéal. Adhérences interposées à cette trompe, à l'ovaire, à l'utérus et au rectum. Longues brides péritonéales se portant de ces adhérences à l'intestin grêle. Antéversion et légère incurvation latérale de l'utérus qui est sain. Ovaires sains. La trompe droite, dont la muqueuse épaisse présente une légère injection, contient du muco-pus. La trompe gauche est saine. Le tissu cellulaire des ligaments larges, celui des faces antérieures et postérieures de l'utérus, enfin celui des culs-de-sac vaginaux minutieusement disséqué, est sain.

Obs. VIII. — Syphilis constitutionnelle; plaques muqueuses, roséole, amaurose syphilitique. Vaginite. A deux premières époques menstrnelles. diminution de la sécrétion cataméniale. A la troisième époque, suppression complète. Pelvi-péritonite du côté droit. Aggravation aux époques menstruelles suivantes. Extension de la pelvi-péritonite au côté gauche. Menstruation régulière. Amélioration.

Obs. IX. -- Excès vénériens. Menstruation régulière. Blennorrhagie

vaginale et uréthrale. Ardeur en urinant. Pendant le cours de ces excès, développement d'une pelvi-péritonite qui survient quinze jours après une menstruation régulière. Amélioration très marquée à la suite de la menstruation suivante, Persistance pendant plusieurs mois d'une tumeur occupant la partie latérale droite et postérieure de l'utérus. Diminution lente de la tumeur.

Obs. X. — Chancres de la vulve. Blennorrhagie caractérisée par écoulement jaune verdâtre. Cuisson en urinant. Chancre diphtéritique à la période d'état placé sur le col utérin. Pelvi-péritonite. Amélioration à la suite d'application de sangsues. Anémie. Douleurs névralgiques. Amélioration lente. Apparition des règles et à partir de ce moment cessation des accidents pelviens. Guérison de la pelvi-péritonite, mais persistance de l'anémie.

Obs. XI. — Accidents syphilitiques primitifs et affection ulcéro-membraneuse concomitante des gencives, du voile du palais et du col utérin. Aggravation de cette dernière affection sous l'influence du traitement mercuriel. Disparition des accidents syphilitiques, persistance de l'affection ulcéro-membraneuse. Blennorrhagie vaginale, uréthrale, utérine. Six heures après l'administration d'une douche ascendante froide, pelvi-péritonite. Amélioration, puis recrudescence des accidents à l'époque menstruelle suivante, enfin diminution graduelle de la tumeur rétro-utérine. Quelques mois plus tard, réapparition des douleurs pelviennes à la suite de fatigues. Guérison de la pelvi-péritonite.

Obs. XII. — Dix mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, contamination blennorrhagique. Au troisième mois de l'existence de cette blennorrhagie, douleurs pelviennes qui semblent indiquer qu'à cette époque, il y a eu pelvi-péritonite. Au dixième mois, entrée de la malade dans notre service, ayant pour motif la persistance du caractère contagieux de l'écoulement. Rougeur violacée de la partie postérieure du vagin et du col utérin. Antéflexion très marquée, emploi de l'hystéromètre pour étudier cette antéflexion. Immédiatement après le redressement de la flexion par l'hystéromètre, douleur vive ressentie à la région sus-pubienne. Cette douleur, modérée d'abord, persiste puis augmente les jours suivants. Le huitième jour, constatation d'un bourrelet dans le cul-de-sac antérieur. Dix jours après, tumeur juxtaposée au bord gauche de l'utérus. Le mois suivant, envahissement du cul-de-sac gauche par une tumeur. Au deuxième mois, nouvelle poussée, envahissement du cul-de-sac droit. Pendant six mois aggravation par poussées mensuelles successives. A cette époque, production des règles qui étaient supprimées depuis le cathétérisme, amélioration graduelle, mais très lente. Sortie de la malade de l'hôpital. Rapports sexuels, non infectants, qui ramènent, par leurs excès, un état aigu de la péritonite,

mais de très courte durée ; à la suite de cette recrudescence amélioration rapide et guérison.

A toutes ces observations, nous ajoutons celles que nous avons rapportées in extenso.

Obs. XIII. — Extraite des *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins ;* par G. Bernutz, médecin de la Pitié, et E. Goupil, ancien interne des hôpitaux (1). — Menstruation régulière ; grossesse ; accouchement et suites de couches normaux ; vaginite guérie sans avoir présenté aucun trouble morbide de l'utérus ; syphilis. (Pendant le traitement de cette maladie, les règles, jusqu'alors régulières, se suppriment après deux jours d'écoulement ; peu après, développement d'un phlegmon rétro-utérin ; variole maligne rapidement mortelle.) Déviation utérine ; adhérences péritonéales interposées à la face postérieure de l'utérus et au rectum ; tissu cellulaire péri-utérin sain ; inflammation des trompes.

Le 30 janvier 1855, entre à Lourcine, dans le service de M. Bernutz, salle Saint-Clément, n° 18, une jeune femme de 19 ans, blanchisseuse, d'une bonne constitution, née à Tours, de parents d'une bonne santé, n'ayant jamais été elle-même malade pendant son enfance.

Les premières douleurs, pour ainsi dire, se sont manifestées à l'âge de 16 ans, quelques jours avant sa première menstruation, qui alors s'est produite après l'application d'un vésicatoire que ses douleurs avaient semblé indiquer. Depuis lors la menstruation non douloureuse, revenant tous les vingt et un jours, en durant cinq ou six, non suivie de flueurs blanches, est restée régulière jusqu'à une grossesse heureuse, terminée, il y a un an, par un accouchement facile, qui n'a laissé à sa suite aucune souffrance.

Elle était ainsi parfaitement réglée, bien portante, lorsqu'il y a six mois, après avoir eu des rapports avec une personne affectée d'écoulement uréthral elle contracte, pour la première fois, une maladie vénérienne, pour laquelle elle entre le 24 août 1855, un mois après le début de son mal, dans le service de M. Cullerier, où elle reste deux mois.

Guérie de son écoulement et des douleurs assez vives qu'elle a éprouvées dans les membres pendant le cours de son affection, qu'elle désigne sous le nom de vaginite, elle sort de l'hôpital, le 23 octobre dernier, pour avoir des rapports sexuels qui ne donnent lieu à aucune contamination ; mais, quinze jours après sa sortie de l'hôpital, elle voit survenir sur ses parties génitales des ulcérations que nous ne pouvons caractériser, faute de renseignements circonstanciés de la part de la malade. Ces ulcérations, au bout de quelques temps, sont, au dire de la malade, remplacées par des boutons qui grossissent beaucoup, et deviennent très douloureux pendant la marche, mais surtout la nuit, au point de la priver complète-

(1) *Arch. gén. de médecine*, 1857, vol. I. — V^e^ série, t. IX, p. 299 et suiv.

ment de sommeil. Elle a de plus été prise, il y a cinq jours, de fièvre et d'un mal de gorge dont elle ne souffre plus aujourd'hui, où elle se présente à l'hôpital.

Le 31. On constate que cette malade est affectée de plaques muqueuses toutes récentes, occupant les amygdales, accompagnées de ganglions cervicaux assez nombreux et légèrement indurés, et de plaques muqueuses, vulgaires, anciennes, très nombreuses, occupant les plis génito-cruraux, le périnée, les bords et la face externe des grandes lèvres tuméfiées, envahissant enfin les petites lèvres, où elles sont seulement papuleuses.

Le vagin, d'un rouge assez vif, est le siège d'une sécrétion très peu abondante, blanchâtre, à laquelle se mêle la sécrétion utérine, constituée par du mucus normal assez abondant. Le col (de 0,023 sur 0,026, dont l'orifice mesure 0,018), normal, présente seulement, disséminés sur les deux lèvres, des follicules assez marqués, épars sur la lèvre postérieure, agglomérés en un point sur la lèvre antérieure. L'utérus, d'un volume normal, ne présente aucune déviation ; les culs-de-sac vaginaux, libres. paraissent tout à fait normaux.

Le 2 février, cette malade, sensiblement mieux, voit venir ses règles, mais elles sont très peu abondantes et ne durent que deux jours. Cependant, dans les jours suivants, elle ne se plaint pas ; les accidents syphilitiques s'amendent sous l'influence de soins de propreté, de pilules de 0,05 de proto-iodure, dont l'action détermine, le 12, un commencement de salivation très modérée, malgré lequel on continue la médication mercurielle.

Le 13, elle éprouve des douleurs vagues dans le bas-ventre et dans les reins, qui persistent jusqu'au 16, jour où la malade est prise d'un frisson répété, puis d'une douleur vive qui occupe la fosse iliaque droite et s'exaspère par les mouvements respiratoires et la toux.

Le 17, à la visite du matin, nous trouvons la malade presque immobile dans le décubitus dorsal, par suite des douleurs vives qu'elle éprouve. La figure est anxieuse, le sillon naso-labial tiré ; les yeux caves, fatigués, un peu enfoncés dans les orbites. La langue est grise, l'inappétence complète ; pas de nausées ni de vomissements, constipation. Le pouls petit, faible, abdominal, donne 108 pulsations, quoique la température de la peau ne soit qu'à peine modifiée. La respiration haute, suspirieuse, fréquente, peu profonde, augmente beaucoup les douleurs très vives que la malade éprouve dans la fosse iliaque droite.

Cette douleur devient excessive lorsqu'on essaye d'explorer par la palpation cette fosse iliaque, dont les muscles se contractent alors très violemment, mais dans laquelle on peut néanmoins constater l'existence d'une tuméfaction dure, résistante, allongée transversalement, paraissant occuper tout le ligament large droit. Au contraire, la palpation est peu ou point douloureuse dans la région sus-pubienne, où l'on peut limiter le fond de l'utérus non augmenté de volume, et ne l'est nullement dans la fosse iliaque gauche, où l'on ne perçoit aucune résistance normale. Le

vagin, dont la sécrétion est peu abondante, blanchâtre, comme ces jours derniers, présente au toucher une chaleur notable dans le cul-de-sac postérieur et dans la moitié inférieure du cul-de-sac gauche. Là, un peu en arrière du col, qui est mou, peu volumineux, non entr'ouvert, *mais dirigé en avant et porté en totalité avec l'utérus en haut derrière le pubis, on sent une tumeur arrondie, résistante, très douloureuse à la pression*, et ne présentant ni pulsations ni battements vasculaires. Cette tumeur toute récente entoure la portion post-vaginale du col dans son tiers postérieur gauche, mais sans se continuer avec la paroi utérine, dont elle paraît indépendante, et se prolonge dans une petite étendue, en hauteur, sur le bord gauche de l'utérus, qui est relevé en masse et non augmenté de volume, comme nous l'avons dit. Le cul-de-sac antérieur est complètement libre, il en est de même de la partie antérieure du cul-de-sac droit ; tandis qu'on trouve postérieurement une résistance vague qui se continue avec la tumeur placée en arrière du col dans le cul-de-sac gauche. — Prescription : limonade, 2 pintes ; 15 sangsues sur la fosse iliaque; bain; catapl. cont.; diète absolue.

Le 18. Hier, pendant le bain qui a suivi l'application des sangsues, la malade a eu par le vagin un écoulement de sang assez notable pour qu'elle l'ait bien distingué de celui que fournissaient les piqûres de sangsues. *Cet écoulement de sang, provenant de la cavité vaginale elle-même, et que la malade considère comme un retour de ses règles incomplètes ce mois-ci*, s'est arrêté quelque temps après qu'elle a été replacée dans son lit. Aujourd'hui la malade se trouve mieux; les yeux sont moins cernés, moins enfoncés dans l'orbite ; l'expression de la figure est un peu meilleure ; la peau chaude, moite, sudorale ; le pouls, relevé à 105 pulsations, est plus large et plus plein ; la douleur de la fosse iliaque est un peu moins vive que la veille, cependant elle est exaspérée encore par chaque inspiration, qui a ainsi un retentissement pénible à la partie inférieure du ventre, mais qui n'offre aucun ballonnement. — Limonade ; cataplasme laudanisé ; diète.

Le 19. La malade reste dans le même état. La figure exprime toujours la souffrance ; le pouls est à 120 ; la peau chaude, moite ; la langue reste sale, limoneuse; inappétence, quelques nausées, constipation; l'oppression est toujours marquée et accompagnée de petites quintes de toux, dont chaque secousse est excessivement pénible par le retentissement qui se produit dans la fosse iliaque droite, dont l'exploration toujours pénible, suscitant la contraction des muscles abdominaux, permet de constater, quoique toujours vaguement, la tuméfaction peu large, allongée transversalement, que nous croyons pouvoir attribuer au ligament large. — Même prescription.

Le 20. Le sommeil a été assez bon cette nuit pour la première fois depuis le 16, mais cependant interrompu encore par quelques légers frissons semblables à ceux qui se sont manifestés irrégulièrement, chaque jour et chaque nuit, depuis le début de la douleur abdominale.

Aujourd'hui la figure un peu colorée a une expression assez naturelle, bien que les yeux soient encore caves et cernés, et que la fièvre persiste avec les mêmes caractères. La langue reste sale; inappétence, soif assez vive; nausées apparaissant surtout après les petites quintes de toux sèche, convulsive, qui tourmentent toujours la malade par le retentissement qu'elles ont dans la fosse iliaque droite, mais aussi parce qu'elles augmentent une douleur qui s'est fait sentir depuis hier, dans le neuvième espace intercostal, où dans un point très circonscrit, la pression réveille de vifs élancements superficiels. Cette douleur névralgique ne s'accompagne d'ailleurs que d'une expectoration très peu abondante, constituée par de petits crachats blancs, incolores, aérés, sans caractères, et ne s'accompagne en particulier d'aucun signe morbide, soit à la percussion, soit à l'auscultation, non seulement au niveau de la partie endolorie, mais dans toute l'étendue de la poitrine.

L'exploration de la région hypogastrique, toujours très pénible à droite, donne les mêmes signes que précédemment, bien que cependant la malade soulagée depuis cette nuit, pendant laquelle l'écoulement blanchâtre a augmenté beaucoup, de manière à devenir très abondant ce matin, et en même temps plus épais, mais sans offrir aucun des caractères d'un écoulement purulent. Le toucher vaginal fait constater que le col, peu volumineux, est légèrement entr'ouvert, et que la tumeur qui est située en arrière de lui descend moins bas, qu'elle est plus petite, moins dure, indolente à la pression, et que dans ce point, on ne trouve plus de chaleur anormale. — Limonade, bain, cataplasme, lavement simple ; 2 bouillons.

Le 21. Sommeil cette nuit. La figure, moins fatiguée, est calme; cependant le pouls est encore fréquent, assez large et plein, et la peau est chaude, moite ; la constipation persiste ; la douleur intercostale a un peu diminué, mais surtout celle de la fosse iliaque droite, qui aujourd'hui peut être assez facilement déprimée, et dans laquelle on sent un empâtement mal dessiné du ligament large. Au toucher, on ne sent plus qu'une petite tumeur en arrière du col, dont elle est séparée par un léger sillon, et qui se prolonge sur le bord latéral gauche de l'utérus. L'écoulement continue très abondant et épais, mais non purulent. — Limonade, 2 verres Sedlitz, bain, cataplasme ; bouillon.

Le 22. Le sommeil est complètement revenu; la figure, bien que fatiguée, a recouvré son aspect normal ; la fièvre est tombée; la langue est large, plate ; appétit ; la douleur intercostale a disparu et n'est même plus réveillée par la pression ; le palper est à peine douloureux dans la fosse iliaque droite, excepté en se rapprochant du bord de l'utérus, où il est encore pénible ; il permet de constater, mais moins distinctement qu'hier, la persistance de cette tuméfaction, allongée en forme de corde appartenant au ligament large. Au toucher vaginal, le corps de l'utérus, placé moins haut et moins en avant que ces jours derniers, paraît redescendu dans le bassin ; les culs-de-sac vaginaux sont libres, on ne sent plus

qu'une sorte d'épaississement léger du bord gauche du col, situé un peu au-dessus de la portion vaginale, et s'étendant un peu en arrière de l'utérus ; l'écoulement persiste moins épais et moins abondant. — Limonade ; cataplasme ; bouillons, potages.

Le 28. Malgré cet état en apparence satisfaisant et l'absence complète de fièvre le matin, la malade a éprouvé encore, tous ces jours derniers, des frissons erratiques, suivis d'un peu de chaleur et rarement de sueur, qui se renouvellent plusieurs fois chaque après-midi et le soir ; une diarrhée peu abondante persiste depuis l'administration des deux verres d'eau de Sedlitz.

Cependant la malade se trouve bien ; elle ne souffre plus spontanément dans la fosse iliaque droite, dont la pression, à peine douloureuse, ne permet plus de sentir qu'un empâtement très vague du ligament large. Au toucher, on trouve que le col et le corps de l'utérus, au lieu d'être en avant, comme ils l'étaient au début des accidents, sont portés en totalité en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, où l'on sent une sorte de bride médiane, verticale, dure, qui paraît attacher l'utérus à la paroi antérieure du rectum. L'écoulement est aujourd'hui peu abondant, blanchâtre, peu épais, et sans odeur spéciale. — Même prescription ; une portion.

16 mars. Malgré une amélioration continue, qui depuis quelques jours a permis à la malade de se lever, mais pour se recoucher bientôt, parce qu'elle éprouve alors de la fatigue dans les reins, cette malade est encore en proie à quelques frissons erratiques le soir, et souvent a des sueurs pendant la nuit ; elle est très amaigrie, faible, pâle, mais sans qu'on puisse trouver du bruit de souffle soit à la région du cœur, soit le long des vaisseaux du cou.

Pour la première fois depuis l'affection aiguë, on peut examiner *de visu* les organes génitaux, dont les plaques muqueuses ont disparu laissant, comme seul vestige, une coloration rosée de la peau, qui dans ces points est un peu déprimée et plus épaisse. La pression ne dénote aucune tuméfaction dans les fosses iliaques ; on trouve médiocrement abondante et simplement blanchâtre la sécrétion qui s'échappe du vagin, dont la muqueuse est d'un rose pâle, ainsi que le col utérin légèrement entr'ouvert. Cet organe d'un petit volume (0,020 sur 0,019), et dont l'orifice transversal mesure 0,012, est situé à 0,048 de l'orifice vaginal, tandis que le cul-de-sac antérieur est de 0,052, et le postérieur de 0,062 (la malade couchée). L'utérus, sans anté ni rétroversion, situé aussi dans un plan horizontal, normal pour la position couchée, a subi un léger mouvement de rotation de gauche à droite, de telle sorte que l'angle gauche est placé un peu plus en avant que le droit. Le cul-de-sac gauche est légèrement douloureux à la pression ; cependant il est souple, comme tout le pourtour du col utérin, qui ne semble présenter aujourd'hui, ni tuméfaction ni bride aucune. L'utérus, dont le volume paraît normal, est néanmois très peu mobile, toujours porté en totalité, col et corps, dans le cul-de-sac postérieur, qui

devient le siège d'une douleur assez vive quand on essaie avec le doigt de le refouler et de porter le col en avant. — Même prescription.

Le 22. La malade reste dans le même état de faiblesse, ayant toujours quelques frissons irréguliers le soir, un peu de diarrhée, mais celle-ci depuis deux jours seulement ; cependant elle n'éprouve aucune douleur abdominale soit spontanément, soit à la pression. Le toucher fait constater aujourd'hui que l'utérus, outre la latéroversion qu'il conserve, a subi une légère inclinaison qui porte le fond de cet organe en arrière, tandis que le col est un peu tourné en avant, de telle sorte que le doigt explorateur arrive directement sur la plèvre postérieure. L'écoulement blanchâtre, est toujours assez abondant.

Le 30. La malade, qui jusqu'alors n'a pas vu revenir ses règles depuis le 2 février, semble aujourd'hui en ressentir les prodromes. Elle éprouve en effet quelques douleurs dans la fosse iliaque droite ; l'écoulement est sensiblement plus abondant que ces jours derniers ; enfin le col utérin a augmenté de volume, de telle sorte qu'il mesure 0,028 de largeur sur 0,022 de hauteur. La déviation utérine est dans le même état. — Même prescription.

Le 12 avril. Les règles n'ont pas eu lieu ; l'écoulement a diminué depuis quelques jours, et a repris les caractères qu'il offrait avant la recrudescence du 30 mars ; le col également est revenu à son volume normal (0,020 sur 0,018).

La déviation persiste dans le même état et sans être sensiblement différente, soit que la malade soit dans le décubitus ou dans la station, qui détermine un si faible abaissement, que dans cette portion les mesures indiquées ne sont diminuées chacune que de 3 ou 4 millimètres seulement.

La malade ne souffre pas. L'état général s'améliore un peu jusqu'au 18 avril, où la malade est prise d'un frisson suivi de fièvre intense, avec chaleur marquée à la peau, et de douleurs vives dans les reins et dans les fosses iliaques, surtout dans la gauche, qui s'exaspèrent par la pression, quoique cependant l'exploration abdominale et le toucher vaginal ne fassent constater aucune tuméfaction ni même aucune chaleur anormale dans aucun point des régions douloureuses.

Le 22, apparaissent des pustules varioliques, qui bientôt se remplissent de sang et s'accompagnent de symptômes funestes, au milieu desquels, pendant la visite du matin, la malade, conservant toute son intelligence, la figure plombée, ses mains froides et sans pouls tendues vers nous, succombe en nous demandant avec instance de lui enlever de la poitrine le poids qui l'oppresse et qui depuis hier la rend haletante.

A l'*autopsie*, on trouve une gangrène peu étendue du poumon gauche et des noyaux disséminés de pneumonie lobulaire. L'utérus est couché à plat sur le rectum ; le fond est porté à gauche de la ligne médiane, tandis que son col regarde légèrement à droite. En avant, n'existe aucune adhérence entre l'utérus et la vessie, tandis qu'en essayant de soulever l'utérus,

on voit que la paroi postérieure de cet organe est unie à la face antérieure du rectum par plusieurs adhérences ; la plus considérable de celles-ci, longue, mince, fine, sans trace d'organisation, mais assez résistante, triangulaire, à sommet inférieur, occupe toute la hauteur de la face postérieure de l'utérus, qu'elle unit ainsi au rectum d'une façon médiate. Séparées de celles-ci, et l'une de l'autre, par l'intervalle que laissent entre elles les attaches rectales, on trouve deux adhérences minces, fines, très peu étendues, interposées entre le bord droit de l'utérus et la face antérieure du rectum, vers le milieu duquel elles convergent, en formant ainsi trois espèces d'alvéoles vides de toute sérosité.

On trouve une disposition semblable sur le bord gauche, d'où partent, en s'entre-croisant les unes avec les autres, du point d'insertion de la trompe, six adhérences larges, fines, sans trace d'organisation, mais très résistantes, d'un centimètre et demi de hauteur à peu près chacune, et dont la longueur, plus grande que celles des adhérences du côté droit, explique la projection antérieure du bord gauche de l'utérus, tandis que le bord droit de cet organe était retenu en arrière, presque appliqué au rectum.

L'utérus ne présente aucune flexion ; sa longueur totale est de 6 centimètres. Nous observons seulement que la face postérieure du corps est plus bombée que l'antérieure. La muqueuse utérine est blanchâtre, saine ; souillée seulement par un liquide épais, couleur lie de vin ; le péritoine qui revêt cet organe présente en avant un demi-millimètre d'épaisseur à peu près; tandis qu'il mesure plus d'un millimètre sur la face postérieure. Cette séreuse, par une dissection attentive, peut être détachée du tissu utérin proprement dit dans toute l'étendue de la partie sus-vaginale appartenant au col, où la séreuse se trouve doublée d'une lame de tissu cellulaire encore assez notable. Mais, lorsqu'on veut continuer cette dissection sur le corps même de l'utérus, on est bientôt arrêté sur la *ligne médiane*, en avant, à 2 centim. de l'union du corps et du col, et en arrière, à 1 centim. de ce même point, au-dessus duquel la séparation sur la ligne médiane devient impossible. A partir de ces deux points médians, en avant et en arrière, on voit que l'union intime de la séreuse au tissu utérin proprement dit forme, à droite et à gauche, une courbe dont l'extrémité supérieure répond à l'insertion de la trompe. Dans toute la partie moyenne de l'utérus, limitée latéralement par ces deux courbes, il est impossible d'isoler le péritoine, soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, jusqu'au moment où on arrive au bord supérieur de cet organe, où se trouvent interposés d'abord des tractus celluleux, qui deviennent une lame de plus en plus épaisse à mesure qu'on se rapproche des bords latéraux de l'utérus, où alors ce tissu celluleux se continue avec celui de chacun des ligaments larges.

Les trompes se portent en haut et viennent s'appuyer sur les vaisseaux iliaques externes. En ce point, le péritoine de la trompe gauche présente

une fausse membrane molle, blanchâtre, peu étendue, appliquée sur la séreuse et lui adhérant intimement. Les trompes sont toutes deux volumineuses, flexueuses, finement injectées à leur surface, surtout dans les deux tiers externes ; elles donnent au toucher la sensation d'un cordon dur, ferme, presque plein. Des deux côtés, on ne peut trouver les franges du pavillon, qui est complètement adhérent à l'ovaire, ce que démontre l'insufflation des trompes par l'extrémité utérine, qui les distend sans qu'il s'échappe une seule bulle d'air.

Sur les deux trompes, le péritoine est doublé d'un tissu cellulaire finement vascularisé, qui leur donne la coloration rougeâtre qu'elles présentent extérieurement. Lorsqu'on les a déplissées, on voit qu'elles présentent chacune 10 centim. de longueur ; leur largeur est normale dans la partie adhérente à l'utérus, qui est saine et blanche : là leur perméabilité est telle qu'elle admet une soie très fine ; mais bientôt le calibre de chaque trompe va s'élargissant de telle sorte qu'il est de 2 centim. vers la partie moyenne, et de 0,03 à la partie externe.

La cavité de la trompe gauche est remplie d'un liquide épais de consistance sirupeuse, couleur lie de vin, dans lequel on ne trouve aucun caillot ; la muqueuse qui la tapisse, après avoir été lavée avec soin, est villeuse, comme tomenteuse, formant des plis longitudinaux d'une couleur gris rougeâtre, de plus de 0,002 d'épaisseur, mais dans laquelle on comprend l'enveloppe blanche, fibreuse, de cette trompe parcourue de nombreux vaisseaux finement injectés. La trompe droite présente le même aspect extérieur, mais paraît un peu moins injectée que la gauche ; ses dimensions sont également un peu moindres. La muqueuse, bien que tomenteuse et épaissie, d'un gris assez foncé, est moins injectée, et le liquide que contient cette trompe est constitué seulement par un muco-pus épais qui ne peut s'échapper par suite des adhérences intimes de cette trompe à l'ovaire. Les deux ovaires, peu volumineux, ne contiennent ni caillots, ni corps jaunes ; leur membrane fibreuse est dure, épaisse, et recouverte de nombreuses cicatricules.

Observation XIV. — *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins*, par G. Bernutz, médecin de la Pitié, et E. Goupil, ancien interne des hôpitaux (1).

Absence d'affection utérine antérieure ; blennorrhagie occupant l'urèthre, le vagin, l'utérus. Le douzième jour après le début de cette blennorrhagie, malaise général, douleurs vives occupant la partie inférieure du ventre. Le vingtième jour, entrée de la malade à l'hôpital, où l'on constate une douleur très vive dans la région hypogastrique, marquée surtout à gauche, et de plus, par le toucher, l'existence d'une tuméfaction circonscrivant les trois quarts du pourtour du col utérin. Pleurésie mortelle. Autopsie. Adhérences péritonéales réunissant : 1° sur la ligne médiane, en

(1) *Arch. générales de médecine*, 1857, vol. I, V^e^ série, t. 9, p. 285 et suiv.

avant, la vessie et l'utérus antéfléchi ; en arrière la face postérieure de l'utérus à l'S iliaque et au rectum ; 2° réunissant à droite la fin de l'S iliaque, très coudé, au ligament large droit, recroquevillé sur lui-même, et laissant, sur le côté et en arrière du ligament large, un espace libre de toute adhérence au péritoine pelvien, qui répond au seul point du cul-de-sac vaginal droit qui était dépressible pendant la vie, et paraissait libre de toute tumeur ; 3° réunissant à gauche au péritoine pariétal et entre eux le ligament large, l'S iliaque, et la partie supérieure du rectum. Entre ces organes, c'est-à-dire placée en arrière du ligament large, en avant de l'S iliaque, qui, en se contournant, laisse une loge peu étendue, existe une collection purulente intrapéritonéale, contiguë à l'ovaire gauche, dont le tissu propre est sain, ainsi que celui du côté opposé. Le tissu cellulaire qui double l'utérus et les ligaments larges est sain.

Le 12 février 1856, entre à Lourcine, dans le service de M. Bernutz, salle Saint-Clément, n° 51, une jeune fille, âgée de 18 ans, couturière, née à Saint-Florestain (Yonne), d'un père actuellement encore bien portant, et d'une mère qui a succombé l'année dernière à une affection pulmonaire de longue durée, qui paraît avoir été une affection tuberculeuse.

Cette jeune fille, d'une assez médiocre constitution, d'un tempérament lymphatique, assure cependant n'avoir eu d'autre maladie qu'une blépharite ciliaire dont elle est incommodée depuis longtemps. Réglée pour la première fois, sans douleurs et sans phénomènes précurseurs, à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été très irrégulièrement, c'est-à-dire à des époques éloignées, souvent de plusieurs mois, les unes des autres, et sans que les rapports sexuels (dont le premier eut lieu le 10 février 1855) aient en rien modifié cet état. Ainsi, depuis cette époque, bien qu'il n'y ait eu aucun soupçon d'un commencement de grossesse, les règles ne se sont produites que trois fois (février, juillet et décembre dernier) et comme toujours sans douleurs marquées. Malgré cette irrégularité de la menstruation et l'existence habituelle d'une leucorrhée, peu abondante, il est vrai, la santé était assez bonne, les digestions se faisaient bien ; il n'y avait aucun phénomène nerveux, et en particulier, il n'y avait jamais eu souffrance aucune des organes génitaux, lorsque, dans ces derniers jours, cette malade, pour la première fois, comme elle l'assure bien positivement, contracta une maladie vénérienne.

Le début de cette affection est assez facile à préciser par les détails très circonstanciés que donne cette malade, très intelligente, dont les réponses ont un cachet de véracité, et qui établissent que c'est du 20 au 25 janvier, après six semaines de continence, qu'elle a eu des rapports sexuels répétés avec une personne qui, depuis assez longtemps avant de la connaître, ainsi qu'elle l'a appris depuis, allait chaque semaine à la consultation de M. Puche, à l'hôpital du Midi. Le 25, elle cesse ces rapports, commencés le 20, parce qu'un écoulement jaune verdâtre remplace sa leucorrhée habituelle ; mais cependant elle ne se soigne pas, rassurée par l'absence de

toute plaie ou bouton sur les organes génitaux, et surtout par l'absence de douleurs quelconques, soit spontanées, soit après la miction et la défécation. Courte fut cette période de son affection, pendant laquelle elle continua ses occupations habituelles, période d'une douzaine de jours à peu près. A ce moment, c'est-à-dire il y a huit jours, au dire de la malade, car elle ne peut préciser le jour même du début des nouveaux accidents, elle est prise d'un malaise général et de douleurs vives occupant le bas-ventre, qui s'exaspèrent par les mouvements et par les efforts de défécation. Ces douleurs continuent les jours suivants, augmentent même, et rendent la marche très difficile depuis quelques jours, parce qu'elles viennent s'irradier dans la partie interne de la cuisse gauche jusqu'au genou. C'est cette nouvelle phase survenue le douzième jour après le début de l'écoulement jaune verdâtre, et datant, dit-elle, de huit jours, qui a décidé cette jeune fille à venir à l'hôpital, où, le lendemain de son entrée, elle présente l'état suivant :

Le 13 février. Fièvre légère ; la figure pâle, fatiguée, porte l'empreinte de la souffrance ; bruit de souffle assez fort le long des vaisseaux du cou, doux et assez léger au premier temps à la base du cœur ; pas de nausées ni de vomissements ; appétit assez bien conservé pour que la malade demande instamment à manger ; constipation.

L'examen de la surface cutanée, du cuir chevelu, de la cavité buccale, ne fait constater aucune affection syphilitique, soit récente, soit ancienne.

La malade se plaint uniquement d'une douleur vive occupant toute la partie inférieure du ventre, surtout marquée à gauche, douleur qui est exaspérée par les mouvements, par les efforts de défécation, et très sensiblement aussi par l'exploration de la région hypogastrique, dont les parois, assez fortement contractées, gênent, par leur tension, l'examen des fosses iliaques.

Pas de ganglions inguinaux notables ; les plis génito-cruraux sont sains, exempts même de cette coloration pigmentaire si fréquente dans la blennorrhagie, mais qui se trouve bien marquée et étendue à toute la région interfessière et au périnée jusqu'à la marge de l'anus, qui, lui, est sain. Les grandes lèvres sont également saines, nullement gonflées ; il en est de même du volume des petites lèvres, dont la face externe présente une coloration normale, tandis que la face interne est d'un rouge carminé assez vif, mais lisse et sans développement de papilles. Le méat urinaire, d'un aspect semblable à la face interne des petites lèvres, laisse échapper, par une pression exercée d'arrière en avant, une notable quantité de muco-pus épais, qui se mêle avec la sécrétion abondante muco-purulente qui, en s'écoulant du vagin, forme sur le linge de larges et nombreuses taches, épaisses, d'un jaune verdâtre.

Le vestibule, l'anneau vulvaire, le vagin dans toute son étendue, et le col utérin, présentent la même coloration que la face interne des petites lèvres, d'un rouge carmin, vive, aiguë, franche, également étendue à

toute la muqueuse, qui est lisse et polie, sans papilles marquées, ni granulations, ni érosions d'aucune sorte, excepté sur le col utérin, dont nous allons décrire l'état.

Cet organe (de 0,021 de haut sur 0,022 de large, offrant une fente transversale de 0,006) laisse échapper une gouttelette de pus jaunâtre, épais, bien lié, qui, de temps à autre, est remplacée par une goutte de mucus glaireux et à peine opalin. Du bord de cet orifice presque linéaire, s'étend sur la lèvre inférieure une petite érosion, haute de 0,003 seulement, à bords à peine sensibles, finement grenue, de la même teinte que les parties voisines, et qui rappelle l'état que présente souvent la fosse naviculaire chez l'homme dans la blennorrhagie.

Au toucher, on constate que ce col est petit, conique, mollasse, non entr'ouvert et normalement dirigé ; mais dans le cul-de-sac antérieur, le doigt est bientôt arrêté par une surface résistante presque perpendiculaire à l'axe du col, et qui, à droite, se termine par une extrémité renflée, arrondie, dure, très nettement séparée du col par un sillon profond, qui disparaît dans le cul-de-sac antérieur ; à gauche, au contraire, la tumeur se prolonge, augmente de volume, contourne le bord gauche du col, occupe le cul-de-sac postérieur, puis vient enfin se terminer, en s'effilant assez brusquement, par une courbe un peu arrondie au-dessous du bord droit du col. Cette tumeur se termine en avant en arrière au bord droit du col, et laisse libre une partie du cul-de-sac droit, qui est le seul point que le doigt puisse déprimer pour suivre la partie latérale du col, qui supérieurement paraît un peu augmenté de volume.

Du reste, la mesure prise avec soin de l'orifice vaginal à ces différents points exprimera plus exactement ce qu'il y avait d'anormal dans les saillies rencontrées par le doigt. Ainsi on trouve, de l'orifice vaginal :

Au col	0,042
Au cul-de-sac antérieur	0,050
Au cul-de-sac postérieur	0,055
Au cul-de-sac droit	0,052
Au cul-de-sac gauche	0 052
A la partie dépressible du cul-de-sac droit	0,060

Cette tumeur, ainsi qu'on le voit par les mesures précédentes, un peu plus éloignée de l'orifice vaginal que le col lui-même, forme ainsi à cet organe une sorte de gangue solide qui l'isole et l'entoure dans plus des trois quarts de son étendue, ne laissant de libre et de dépressible qu'une assez petite partie du cul-de-sac vaginal droit. C'est dans ce point seulement qu'on peut sentir entre la tumeur et le col lui-même un sillon de séparation qui disparaît aussitôt qu'on arrive à la face antérieure du col. Là la tumeur ne semblerait être qu'un évasement de cet organe, si elle n'offrait une direction presque perpendiculaire à l'axe du col, mais surtout si elle n'en différait par sa consistance ferme, dure, presque ligneuse, qui

tranche sur la mollesse assez grande que présente le col, et encore par sa sensibilité plus grande à la pression ; mais il faut dire cependant que la douleur abdominale se réveille aussi très vive à la pression, soit de la partie latérale de la tumeur qui, sans sillon de séparation, forme une sorte de bosse très considérable surajoutée au bord latéral gauche, soit de la partie postérieure, et même lorsqu'on essaye d'imprimer au col des mouvements quelconques, qui d'ailleurs sont très limités, dans tous les sens. Repos absolu ; graine de lin émuls., 2 p. ; 15 sangsues sur la fosse iliaque gauche ; cataplasme permanent sur tout le ventre ; 4 portions d'aliments, 2 de vin, 3 de lait.

18 février. Depuis l'application des sangsues, la malade se trouve mieux, la fièvre a cessé, les douleurs ont peu diminué ; cependant elles sont encore assez vives et conservent les mêmes caractères. L'écoulement muco-purulent, opaque, blanchâtre, assez abondant, laisse sur le linge des taches jaune verdâtre assez épaisses et presque aussi nombreuses, malgré l'absence de sécrétion de l'urèthre dont la pression ne ramène plus aujourd'hui de gouttelette purulente, et malgré la modification heureuse survenue dans la rougeur des parties affectées.

Cependant cette rougeur, quoique affaiblie, est bien plus vive qu'à l'état normal, non seulement sur les parties externes, mais dans toute l'étendue du vagin et sur le col, dont la petite ulcération toute superficielle persiste dans le même état. De l'orifice de cet organe, s'échappe un mucus légèrement trouble, blanchâtre, uniformément opalin, qui, par ses caractères, diffère de l'écoulement observé le 13, et qui était alternativement constitué par du pus et par du mucus d'apparence normale.

Au toucher, la tumeur paraît offrir le même volume ; la seule différence qu'on constate consiste dans l'existence d'un sillon assez marqué existant aujourd'hui entre le bord gauche du col et la partie correspondante de la tumeur, qui, elle aussi, paraît un peu moins étendue dans le cul-de-sac postérieur et n'atteint plus le bord droit du col. La pression, toujours pénible dans toute l'étendue de la tumeur, ainsi que la recherche de l'immobilité de l'utérus, donnent lieu à des douleurs abdominales assez vives. Repos absolu ; graine de lin émuls. ; cataplasmes ; 4 portions.

Le 25. Sous l'influence de ces moyens, amélioration très marquée, douleurs presque nulles jusqu'au 20, où la malade est en proie à une douleur d'un nouveau genre, caractérisée par son siège suivant le trajet du dixième nerf intercostal droit, par l'existence de points névralgiques dont le plus douloureux, placé à une petite distance en avant du rebord costal, est le centre des irradiations superficielles dont se plaint surtout la malade, et qui de ce centre se dirigent vers l'ombilic. Cette douleur, calmée par une application de sangsues qui n'a donné lieu qu'à une perte de sang peu abondante, a disparu le lendemain. Mais, pendant la journée du 21, retour des souffrances de la fosse iliaque gauche, qui persistent le 25, et sont assez intenses après le toucher de la tumeur restée sensiblement dans le

même état, pour qu'on se dispense de l'examen au spéculum. En même temps qu'a eu lieu ce retour des douleurs hypogastriques, l'écoulement est devenu plus abondant et d'une teinte plus jaunâtre que ces jours derniers. Avec cela, la malade est restée pâle, présentant un bruit de souffle vasculaire bien marqué, quoique les digestions soient assez bonnes. — Même prescription.

Les douleurs diminuent un peu les jours suivants, puis persistent modérées, laissant la malade dans le même état jusqu'au 10 mars, où, après une légère contrariété, elle est affectée d'un ictère qui augmente les jours suivants, et auquel viennent se joindre, le 19, les signes d'un épanchement pleural : absence de respiration, égophonie des plus manifestes ; matité, défaut d'élasticité de la partie inférieure droite de la poitrine, mais sans point de côté, sans toux, et avec une fièvre très modérée. Malgré l'emploi des diurétiques associés à des purgatifs et l'application successives de deux immenses vésicatoires, l'épanchement fait chaque jour des progrès rapides, remonte bientôt jusqu'à la clavicule, puis occupe non seulement tout le côté droit de la poitrine, mais refoule le cœur d'une manière si marquée, que cet organe, par suite du mouvement de bascule qui lui est imprimé, prend une direction horizontale telle, que sa pointe, située sur la même ligne que sa base, vient battre dans le troisième espace intercostal, à la partie inférieure du creux axillaire gauche. En même temps, la respiration devenue de plus en plus difficile, est tellement précipitée, que la malade, en proie à une dyspnée extrême, paraît sous le coup d'une asphyxie imminente que la thoracentèse semble seule pouvoir conjurer. Elle est pratiquée par M. Cullerier, qui retire de la poitrine une énorme quantité de sérosité citrine, limpide, tout à fait semblable au liquide ascitique, ne contenant ni débris de fausses membranes ni apparence de pus. A la suite de cette opération, la malade est soulagée, la respiration est assez calme, le murmure respiratoire reparaît dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine, qui bientôt devient le siège de douleurs thoraciques légères à mesure que l'épanchement se reforme presque aussi considérable que la première fois, et entraîne une dyspnée presque aussi alarmante. Une seconde ponction donne lieu à l'écoulement d'une quantité un peu moindre de liquide, mais qui, au lieu d'être de la sérosité pure, a l'aspect louche, blanchâtre, surtout vers la fin de l'évacuation du liquide, qui alors paraît plus manifestement purulent : aussi M. Cuillerier fait-il suivre cette fois la ponction d'une injection iodée.

Malgré celle-ci l'épanchement pleural se reproduit, mais cette fois, accompagné de douleurs thoraciques plus marquées, d'un mouvement fébrile continu, avec exacerbation le soir, d'inappétence et de diarrhée et d'une émaciation de plus en plus marquée de la malade ; symptômes qui, malgré une troisième ponction, font succomber cette jeune fille le 12 mai.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Le cadavre est assez bien conservé ; avant de procéder à la dissection, on pratique le toucher vaginal, qui donne exactement les mêmes sensations que pendant la vie.

La plèvre droite contient une quantité considérable de sérosité purulente ; le poumon droit, refoulé contre la colonne vertébrale, revêtu d'une couche épaisse de matière gélatineuse jaunâtre, ne contient, non plus que le poumon gauche, de tubercules.

Le péritoine abdominal proprement dit présente, dans la portion hépatique et dans la partie latérale droite, une injection assez considérable et quelques fausses membranes interposées au diaphragme et au foie.

L'excavation pelvienne présente de très nombreuses adhérences anciennes, parfaitement organisées, et réunissant entre eux la vessie, l'utérus, les ligaments larges et l'S iliaque, et offrant les dispositions suivantes :

Sur la ligne médiane, on trouve la vessie, dont le péritoine est sain en avant, mais au contraire est très notablement épaissi sur la partie postérieure. Celle-ci est réunie à l'utérus par deux adhérences couvertes de fines arborisations : l'une, gauche, qui de la vessie se porte à l'angle correspondant de l'utérus, et de là à un des replis de l'S iliaque ; l'autre, droite, extrêmement large et épaisse, qui, partant de la vessie, s'étale sur le ligament large droit et sur l'angle correspondant de la matrice, et se prolonge par deux tractus distincts jusqu'à une autre des circonvolutions de l'S iliaque. De ces tractus très importants à étudier, l'un, plus mince et plus long, unit la partie postérieure et médiane de l'utérus à l'S iliaque ; l'autre, plus fort et plus court, imprimant à la trompe droite un mouvement de circumduction postérieure, vient la faire adhérer à l'S iliaque dans un point voisin de l'insertion intestinale du premier tractus, et de manière à laisser entre eux un espace vide.

Entre ces deux adhérences vésicales, on retrouve le cul-de-sac vésico-utérin assez profond, mais dont l'étendue antéro-postérieure est très diminuée par l'antéflexion considérable que présente l'utérus dont le péritoine est sain.

Le bord supérieur de l'utérus, auquel se rendent à droite et à gauche les adhérences vésicales que nous venons de décrire, est réuni en arrière par leurs prolongements à l'S iliaque, qui, avant de se plonger dans l'excavation pelvienne, présente une double courbure, dont la dernière partie forme une sorte de tangente dirigée de la fosse iliaque droite à l'angle sacro-vertébral gauche.

Le ligament large droit, pour ainsi dire enveloppé dans la large membrane que forme en s'étalant l'adhérence vésicale droite, vient, en se courbant en arrière sur le bord et l'angle droit de l'utérus, former un demi-involucre dont se détache en haut le repli de la trompe dont nous avons décrit l'adhérence à l'S iliaque. Ce demi-involucre forme la paroi supérieure et interne de la portion droite de l'excavation pelvienne restée libre, mais dont le péritoine est revêtu de fausses membranes tomenteuses.

A gauche, il n'existe plus de trace de l'excavation pelvienne ; le ligament large est uni à la vessie, aux courbures diverses de l'S iliaque, et au rectum par des adhérences intimes, fibreuses dans certains points. En décollant

avec peine ces adhérences, on tombe dans un abcès enkysté, à parois grises. tomenteuses, ayant 0,04 de hauteur sur 0,3 de largeur, et qui est rempli de pus très épais. Cet abcès intrapéritonéal est situé en dedans et au-dessous de l'ovaire comme luxé, et en rapport direct avec le péritoine qui le recouvre, il répond par sa partie postérieure au rectum, dont le tissu cellulaire forme, à la partie inférieure même de l'abcès, une petite masse indurée renfermée dans une coque que lui fournit le péritoine épaissi par de nombreuses adhérences.

La face postérieure de l'utérus est unie étroitement par des adhérences courtes et résistantes au rectum et à l'S iliaque, qui présente des replis dont nous avons à décrire les différentes dispositions. Ainsi l'S iliaque se porte de la fosse iliaque gauche directement à la fosse iliaque opposée, et forme en ce point un premier angle déterminé par l'adhérence de la trompe droite ; de cet angle aigu, il se porte en bas et en dedans, pour remonter ensuite brusquement et adhérer à la partie médiane du bord supérieur de l'utérus. Ces deux adhérences déterminent deux sortes de valvules, entre lesquelles l'intestin forme une dilatation ampullaire. Au-dessous de l'adhérence médiane utérine, l'S iliaque plonge dans l'excavation pelvienne, où il est intimement uni à la face postérieure de l'utérus et au ligament large gauche par des adhérences très étroites, semblables à celles qui sont interposées entre les différentes circonvolutions de cet intestin, qu'elles réunissent de telle sorte que ce n'est que par dissection minutieuse que nous avons pu séparer les diverses sinuosités qui, à première vue, semblaient former une tangente oblique à la face postérieure de l'utérus.

Cet organe présente une antéflexion tellement prononcée que l'on ne peut faire pénétrer un stylet au delà de l'orifice cervical. Son volume est normal ; ses parois offrent, à l'union du col et du corps, 1 centimètre ; au fond et à la partie moyenne, 1 centimètre et demi d'épaisseur. La cavité mesure 0,048.

Les deux trompes présentent à l'extérieur une arborisation très prononcée. La droite, qui offre une courbure si remarquable par suite de son adhérence à l'S iliaque, est partout perméable ; dans son étendue, elle présente à 1 cent. de l'orifice utérin, deux petites collections purulentes, du volume d'un pois ; de plus, le pavillon, très dilaté, complètement adhérent à l'ovaire, est distendu par du pus verdâtre et sa muqueuse est tomenteuse et également verdâtre.

La trompe gauche, également adhérente à l'ovaire, offre de nombreuses sinuosités réunies entre elles par d'intimes adhérences ; la perméabilité est interrompue au point où elle se dilate pour former le pavillon. L'insufflation n'a jamais pu faire pénétrer d'air de l'une de ces cavités dans l'autre. Elle ne contenait pas de pus. Les ovaires étaient sains ; le droit contenait un corps jaune d'un petit volume.

Le rectum est très notablement épaissi ; cet épaississement est essentiellement constitué par l'augmentation de volume du tissu cellulaire péri-

rectal, qui présente sur le côté droit, au point d'union du rectum et du vagin, un noyau induré, de la grosseur d'une amande de noisette, déjà indiqué.

Obs. XV. — Le 22 avril 1856, entre à Lourcine, salle Saint-Clément, n° 43, une jeune fille, âgée de 16 ans, née dans le département de l'Aisne, dont la mère est morte en couches, laissant six enfants qui jouissent tous six d'une bonne santé.

Notre malade n'avait jamais été souffrante, assure-t-elle, avant son arrivée à Paris, où elle est venue en décembre dernier servir comme domestique. Dans les premiers temps de ce séjour, elle a éprouvé quelques maux de tête et des étourdissements, mais qui ont disparu pour ne plus se reproduire depuis le 1er janvier, époque à laquelle elle a eu ses règles pour la première fois. Cette première menstruation a été facile, sans aucune douleur; l'écoulement sanguin, peu abondant, a duré trois jours et a été suivi de quelques flueurs blanches. En février et mars les règles ont manqué, elles ne se sont reproduites que le 12 avril, très peu abondantes, lorsque déjà cette malade était affectée de la blennorrhagie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital et dont le début est facile à déterminer à l'aide des renseignements circonstanciés que fournit la malade. Il y a un mois seulement que, cédant aux instances du maître de la maison où elle était domestique, elle a eu pour la première fois un rapport sexuel; il a été suivi d'une perte de sang assez considérable et de douleurs vulvaires pour lesquelles elle a dû se soigner pendant quelques jours. Quinze jours après ce premier rapport, elle en a eu un second, mais cette fois avec une autre personne que celle qui l'a déflorée. Trois jours après ce second rapport, il y a juste douze jours, elle a vu se manifester un écoulement jaune verdâtre, abondant, qui pendant les premiers jours ne s'accompagnait pas de douleurs en urinant. Les douleurs pendant la miction ne sont survenues qu'à la suite des règles, quatre jours après le début de l'écoulement, pour lequel cette malade est entrée dans le service où on l'examine le jour même de son admission (1).

Cette fille, blonde, à peau fine et blanche, présente les attributs particuliers à la période intermédiaire de la vie à laquelle elle est arrivée, notamment cette résistance élastique des tissus propre à l'âge de la puberté. Sa constitution semble excellente, elle a toutes les apparences de la santé; sauf son écoulement virulent, elle n'éprouve d'autres douleurs que celles qu'elle ressent en urinant. L'examen des organes génitaux et régions circonvoisines donne les résultats suivants : Il n'existe aucun ganglion dans les aines; les plis génito-cruraux n'offrent qu'une rougeur à peine sensible; les grandes et petites lèvres sont saines; mais

(1) Obs. XIV. *Clin. méd. sur les maladies des femmes*, par G. Bernutz, p. 143, t. II.

alors la scène change. Le méat urinaire, l'orifice vaginal, la membrane hymen fendue inférieurement et un peu épaissie, sont d'un rouge intense, franc, vif, ayant une teinte légèrement carminée. Le doigt introduit dans le vagin ramène de l'urèthre, en le pressant d'arrière en avant, trois à quatre gouttes de muco-pus épais, crémeux, d'un blanc jaunâtre. Du vagin s'échappe une sécrétion muco-purulente, jaunâtre, visqueuse, qui a maculé la chemise de taches assez nombreuses, d'un jaune verdâtre plus foncé sur les bords qu'au centre, et qui empèsent assez fortement le linge. L'examen au spéculum fait trouver cette sécrétion muco-purulente abondante entre chacun des plis très marqués qu'offre le vagin. La muqueuse de cet organe, sans aucune apparence de granulations, est d'un rouge carmin vif, surtout dans la moitié postérieure, où la teinte rouge est plus aiguë que celle de la partie antérieure. Dans le fond de ce canal apparaît le col utérin assez petit, dont l'orifice arrondi, mais plus largement entr'ouvert transversalement que de haut en bas, est un peu incliné à gauche et tourné en arrière. Ce col d'un rouge carmin très vif, surtout dans une partie de son étendue, de forme circulaire, qui comprend toute sa partie antérieure, et où la muqueuse, comme villeuse, paraît en quelque sorte dépouillée de son épithélium ; cependant le frottement de cette surface à l'aide d'un pinceau de charpie serrée ne donne pas lieu à l'effusion de quelques gouttes de sang. La lumière produit, en tombant sur cette surface, des reflets blanchâtres, irréguliers, qui donnent à cette lésion un aspect tout particulier que l'on rencontre très souvent chez les femmes affectées de blennorrhagie aiguë du col utérin. Le toucher, extrêmement douloureux, fait constater que le vagin est très étroit et très long, que le col est petit, et, comme nous l'avons vu, tourné un peu en arrière et à gauche, tandis que le corps de l'utérus sensiblement petit, à concavité antérieure peu prononcée, est légèrement incliné en avant et à droite. Les culs-de-sac vaginaux paraissent normaux, autant du moins que permettent d'en juger la fermeté excessive des parois vaginales d'une part et d'autre part la résistance des parois de l'abdomen dont cependant la pression n'est pas douloureuse. Prescription : Lin émulsionné ; 20 gr. de poivre cubèbe chaque jour ; injections alunées matin et soir ; injection de nitrate d'argent tous les deux jours ; deux bains par semaine ; repos ; quatre portions.

28 avril. Aucune des injections n'a, pour ainsi dire, été faite à cause de la douleur que produit l'introduction de la canule ; en revanche le poivre cubèbe a été pris régulièrement. Il n'y a d'autre changement dans l'état de la malade qu'une légère modification de l'écoulement uréthral qui est blanc et moins épais, les douleurs en urinant persistent. — Même prescription.

3 mai. Les douleurs en urinant ont notablement diminué bien que l'écoulement uréthral conserve les caractères qu'il présentait le 28 avril, mais la rougeur du méat urinaire et celle de l'anneau vulvaire ont complètement disparu. Il n'en est pas ainsi de celle du vagin dans lequel la malade ne fait pénétrer que très incomplètement des injections ; elle reste

la même, elle est surtout intense dans la partie postérieure. Le col utérin, d'un rouge carmin très vif, présente aujourd'hui de nombreux points érodés d'un aspect grenu, au centre de chacune de ces granulations semble exister l'orifice d'un follicule. — Même prescription.

Le 8 et le 9. La malade ne souffre plus en urinant, par contre elle se plaint de ressentir actuellement dans le bas-ventre des douleurs sourdes qu'elle ne sait autrement définir et qui occupent la ligne médiane. Bain ; supprimer les injections de nitrate d'argent; cataplasmes ; même prescription.

Le 10. La malade, arrivée aujourd'hui à l'époque où l'écoulement virulent a débuté le mois précédent et au vingt huitième jour de la dernière menstruation, continue à souffrir dans la région moyenne et inférieure du bas-ventre sans que l'écoulement sanguin paraisse. Ce sont toujours les mêmes douleurs sourdes qu'elle ne peut définir et dont elle se plaint depuis deux jours. La douleur en urinant n'a pas reparu et la pression exercée d'avant en arrière sur le canal de l'urèthre ne ramène rien. L'écoulement vaginal a diminué, cependant il persiste assez abondant et avec les mêmes caractères que précédemment. Le vagin offre le même état ainsi que le col qui reste tourné en arrière et à gauche, mais nous oublions de noter que ce dernier organe a été ainsi que le corps de l'utérus légèrement repoussé à droite. On constate en même temps que le cul-de-sac gauche est plus large et plus profond que le cul-de-sac droit, ce que rendent évident les mesures suivantes :

De l'orifice vaginal au col	0,064
Au cul-de-sac antérieur	0,067
Au cul-de-sac postérieur	0,082
Au cul-de-sac gauche	0,082
Au cul-de-sac droit	0,073

En déprimant la partie antérieure du cul-de-sac gauche et en suivant le bord correspondant du col jusqu'à l'union de celui-ci au corps de l'utérus, on trouve, en avant et appuyée sur le bord de l'utérus, une petite tumeur du volume d'une grosse amande. Cette petite tumeur, distincte de l'organe par un sillon de séparation assez profond, est très douloureuse à la pression qui y fait naître immédiatement des élancements. Bains ; cataplasmes laudanisés ; repos.

Le 16. Malgré les bains et l'application continuelle de cataplasmes laudanisés, qui couvrent tout le ventre, non seulement les douleurs, auxquelles sont venues se joindre des pesanteurs de reins, n'ont pas diminué, elles ont au contraire été en augmentant de jour en jour jusqu'à hier, où, au lieu de se calmer, elles se sont étendues dans la fosse iliaque droite. Elles sont devenues alors tellement vives que la malade, après avoir essayé de marcher le corps plié en deux par l'intensité de sa souffrance, a été forcée, malgré son désir, de garder le repos absolu au lit. Depuis ce moment, fièvre, inappétence complète, qui persistent aujourd'hui. Nous trouvons

l'abdomen tellement tendu et douloureux que toute exploration est impossible parce que la moindre pression devient insupportable ; le toucher est également si pénible que cette exploration ne peut donner aucun résultat. L'écoulement est non seulement très peu abondant, mais il a complètement changé de nature ; il est blanc, glaireux, semblable à du blanc d'œuf. — Prescription : Six sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses ; bains, cataplasmes, diète.

Le 17. La malade se trouve mieux depuis l'application des sangsues qui a été faite hier et qui a produit une perte de sang très abondante. Cependant l'abdomen reste tendu, douloureux à ce point que, lorsqu'on veut explorer la région hypogastrique et la fosse iliaque droite, la palpation ne peut être supportée ; elle est moins pénible dans la fosse iliaque gauche. Le toucher possible, quoiqu'il soit encore très douloureux, permet de constater que le col est situé plus bas et plus tourné en arrière que précédemment, qu'il a en même temps subi un mouvement de rotation sur son axe tel que l'angle gauche regarde le pubis et que l'orifice, au lieu d'être transversal, est dirigé d'avant en arrière. Le corps de l'utérus a éprouvé la même torsion que le col ; de plus il paraît avoir un peu augmenté de volume et être plus globuleux depuis le dernier examen. Le cul-de-sac droit, petit, dur, très résistant, devient le siège de douleurs intolérables lorsqu'on y exerce la moindre pression. Le cul-de-sac gauche, bien moins tendu que le droit, l'est cependant d'une manière notable, la pression en est beaucoup moins douloureuse que celle de son congénère. — Lin émulsionné, 0,010 de térébenthine ; cataplasmes laudanisés ; lavements ; bouillons.

Les jours suivants les douleurs se calment un peu, le 20 la sensation de pesanteur ressentie à la région des reins a disparu, la malade peut se redresser sans que ce mouvement d'extension réveille trop vivement les douleurs sourdes qu'elle éprouve continuellement dans le bas-ventre. Mais à celles-ci se joignent par moments des élancements, qui se font sentir dans toute la partie inférieure du ventre, tantôt plus marqués à droite, tantôt au contraire plus marqués à gauche. L'écoulement peu abondant est devenu épais et blanchâtre. Malgré cette amélioration la malade, pâlie, reste décolorée, elle n'a pas d'appétit, elle éprouve un malaise général et un ennui extrême qui lui fait désirer vivement de quitter l'hôpital. — Même prescription ; une portion.

Le 29. Quoique les douleurs aient été diminuant, l'état général reste le même, la malade s'ennuie tellement qu'elle demande instamment à sortir de l'hôpital, ce qui nous décide, le 30, à un examen plus complet que ceux qu'on a pu faire depuis le début de la pelvi-péritonite. Le vestibule est d'une teinte rose parfaitement normale, le méat urinaire ne laisse sourdre aucune goutte de mucus à la pression du canal de l'urèthre. L'écoulement vaginal, peu abondant, est blanchâtre, mélangé par moments de longs filaments glaireux semblables à du blanc d'œuf. La muqueuse vaginale est

encore d'une rougeur assez notable surtout dans sa partie postérieure. Le col petit, d'un rouge vif, conservant la latéroversion indiquée antérieurement, est le siège d'une ulcération grenue, peu étendue, qui occupe le pourtour de l'orifice. Le corps même de l'utérus, sans flexion marquée sur le col, augmenté de volume, présente une forme globuleuse surtout évidente par la surface arrondie que forme le bord gauche de cet organe qui placé en avant, tombe immédiatement sous le doigt. Le cul-de-sac droit, petit, est le siège d'un empâtement général dans lequel se dessinent des brides dures, résistantes, qui paraissent immobiliser l'utérus. Le cul-de-sac gauche contient encore dans sa partie antérieure une tumeur peu volumineuse, arrondie, appuyée contre la partie inférieure de l'utérus, tumeur qui, quoiqu'elle paraisse assez épaisse, est cependant difficile à délimiter. Il résulte de ces divers changements des modifications dans les mesures indiquées antérieurement, elles sont aujourd'hui les suivantes :

On trouve de l'orifice vaginal au col.	0,053
Au cul-de-sac antérieur.	0,050
Au cul-de-sac postérieur.	0,071
Au cul-de-sac gauche.	0,070
Au cul-de-sac droit.	0,060

Malgré cet état peu satisfaisant, la malade sort de Lourcine le lendemain, 31 mai. Nous la perdons de vue jusqu'au 15 novembre suivant où elle rentre dans notre service, mais alors à la Pitié, salle Ste-Marthe, n° 44, et nous raconte ce qu'elle a éprouvé pendant les cinq mois et demi qui viennent de s'écouler.

En sortant de Lourcine, malgré les recommandations que nous lui avions faites de garder le repos, elle s'est mise pendant trois ou quatre jours à aller et venir à pied dans Paris, comme si elle n'était pas malade ; à la suite de ces fatigues, les douleurs ont pris une telle intensité qu'elle a dû se mettre au lit et y rester dix jours. Les douleurs qu'elle éprouvait étaient complètement semblables, nous assure-t-elle, à celles auxquelles elle avait été en proie à l'hôpital lors du début de la pelvi-péritonite. Elles ont persisté ainsi pendant six jours sans présenter d'autre particularité que la manifestation de deux sortes d'attaques de nerfs dont la malade ne peut préciser la date. Le sixième jour de la recrudescence, le 10 juin, cette date est précise, parce que la malade indique bien positivement que c'est dix jours juste après sa sortie de Lourcine, et ainsi à une époque à peu près correspondante à celle où, deux mois auparavant, a eu lieu la menstruation, elle voit apparaître ses règles. L'écoulement constitué par un sang d'une couleur foncée, d'une odeur fétide, mais sans caillots notables, persiste abondant pendant deux jours, puis il diminue graduellement pour être alors remplacé par un écoulement blanchâtre qui ne laisse sur le linge que des taches incolores. Le dixième jour de la recrudescence la malade, sensiblement soulagée, se lève, elle sort bientôt, et peu de jours

après à des rapports sexuels qui heureusement ne sont pas infectants. L'écoulement leucorrhéique, non contagieux, ne disparaît qu'à la fin du mois, époque à laquelle la malade quitte Paris pour aller vivre assez tranquillement à la campagne avec son amant. Dans cette nouvelle condition l'écoulement leucorrhéique ne reparaît pas, les règles se produisent régulièrement, mais elles sont précédées chaque fois de douleurs de reins et accompagnées de coliques utérines violentes.

Cette vie tranquille cesse en septembre, où cette jeune fille revient à Paris et presque immédiatement s'abandonne à toute espèce d'excès ; sous cette influence l'écoulement leucorrhéique reparaît, devient abondant, mais nullement contagieux pour aucun de ses nombreux amants. Les règles, contenant d'assez gros caillots, ont lieu tous les quinze jours, en durent trois ou quatre, accompagnées chaque fois encore de douleurs de reins et de coliques utérines. En dehors de ces règles, ou plutôt de ces métrorrhagies périodiques chaque quinze jours, la malade perd encore du sang lorsqu'elle est fatiguée, de plus elle est sujette à des sortes de pertes utérines d'un caractère singulier, assez semblables à des pertes séminales et qui chaque fois sont précédées de coliques utérines. Toutefois ce ne sont pas ces accidents qui ont décidé la malade à venir à l'hôpital ; elle y entre parce que, le 9 novembre dernier, elle a contracté un chancre de la fourchette qui est aujourd'hui accompagné de ganglions inguinaux, l'un placé à droite, l'autre à gauche, dont nous croyons inutile de donner la description.

Nous ne pouvons examiner cette malade que le 26, parce que, le surlendemain de son entrée à l'hôpital, les règles, du moins d'après le dire de la malade, parurent, durèrent quatre jours et que nous avons cru nécessaire de lui faire garder, pendant quelques jours après cette métrorrhagie, un repos absolu au lit, que cette fois elle a observé. Malgré les pertes, l'état général paraît bon, la figure est fraîche, rosée ; cependant cette malade a peu d'appétit et on trouve dans les vaisseaux du cou un souffle bien caractérisé qui n'existait pas à son entrée à Lourcine.

Nous ne décrivons ni l'état des ganglions inguinaux, ni le chancre type qui siège à la fourchette ; la muqueuse vulvaire, d'un rose pâle, est saine dans le reste de son étendue ; le canal de l'urèthre est sain, le vagin d'un rose un peu pâle est sain. Le col utérin est petit, très obliquement dirigé à droite et en arrière, son orifice est entouré d'une ulcération d'un rouge pâle, finement granulée, il laisse écouler un mucus un peu opalin. Au toucher, comme à la vue, le col paraît petit, porté en arrière, son angle droit est plus en arrière que le gauche. Le corps de l'utérus, infléchi aujourd'hui presqu'à angle droit sur le col, offre une latéroversion analogue à celle du col qui rend son bord gauche très fortement antérieur. Dans le cul-de-sac droit existent des brides assez serrées qui, partant de l'angle et du bord droits de l'utérus, se portent les unes transversalement, les autres en arrière. Dans le cul-de-sac gauche on sent une tumeur arron-

die, un peu moins grosse que le corps de l'utérus, d'une consistance assez dure, qui contourne le bord gauche pour envelopper dans une certaine étendue la face postérieure de la matrice. Cette tumeur remonte en dehors et se perd dans le ligament large correspondant, la pression y réveille quelques douleurs. — Tisane amère ; proto-iodure de mercure 0,05 ; cataplasmes ; repos ; une portion.

Jusqu'au 4 décembre la malade, cette fois très docile et observant exactement le repos au lit, n'éprouve presque aucune douleur abdominale ; mais dans la soirée de ce jour elle est prise, sans cause connue, de douleurs utérines très vives qui sont tout à fait analogues par leurs caractères aux premières douleurs de l'accouchement. Ces douleurs, accompagnées d'angoisse, d'oppression et de la sensation d'une boule qui remonterait de l'utérus au creux de l'estomac, mais sans provoquer de nausées, cessent et se reproduisent à différentes reprises pendant la soirée. Enfin une dernière crise de ces sortes de mouches se termine par l'expulsion brusque d'une quantité assez considérable de mucus clair, incolore, visqueux, qui, en se desséchant sur le linge, a formé en l'empesant sept à huit larges taches, à peine grisâtres, d'une odeur un peu nauséeuse ; réunies, elles auraient bien la grandeur des deux mains.

Le 5. Après l'expulsion de ce liquide les douleurs se sont calmées, comme dans les deux ou trois accès semblables que la malade a éprouvés dans ces derniers mois ; cependant il subsiste aujourd'hui de la douleur au creux de l'estomac, une inappétence complète et une susceptibilité nerveuse générale qui me font prescrire une potion antispasmodique contenant de l'éther et du musc, et des lavements laudanisés. Le 6, la sensation d'étouffement et d'oppression persiste ; la malade éprouve encore dans le bas-ventre une sensation de pesanteur, mais sans contractions utérines et sans élancements. Il est à noter que toute sécrétion vaginale a disparu et qu'il n'y a pas trace d'écoulement.

Le 10. La malade est en proie à des douleurs semblables à celles qu'elle a éprouvées dans la soirée du 4 ; le toucher fait constater que le corps de l'utérus, augmenté de volume, a pris une forme globuleuse bien marquée ; cet organe devient très dur par moment pour se détendre ensuite, se contracter de nouveau lorsque la malade ressent ces douleurs utérines qui sont analogues, par leurs caractères, aux premières douleurs de la parturition. Les brides qui existent dans le cul-de-sac droit n'ont pas changé, on trouve au contraire beaucoup moindre, bien plus vague qu'à l'examen du 26, la tumeur qui existe dans le cul-de-sac gauche ; il est presque impossible aujourd'hui de la délimiter. Les douleurs utérines persistent toute la journée du 10, s'accroissent dans la nuit, puis se terminent par l'expulsion brusque d'une abondante quantité de mucus de même nature que celui qui a été excrété dans la nuit du 4 au 5. A la suite de cette expulsion il reste, le 11, un peu de fatigue et d'oppression, et surtout un peu de pesanteur dans le bas-ventre, parfois même la malade ressent quelques

élancements, tantôt dans la fosse iliaque droite, tantôt dans la fosse iliaque gauche ; ils existent encore le 12. Depuis l'expulsion hydrométrique l'écoulement vaginal a reparu, continuel, peu abondant, blanchâtre, complètement muqueux. Même prescription.

Le 15. La malade débarrassée de toute douleur, demande sa sortie, nous constatons avant de la lui accorder, que le chancre de la fourchette, resté unique, est cicatrisé, il n'y a ni roséole, ni ganglions cervicaux, ni apparence d'accidents secondaires. Le vagin est d'un rose modéré, le col, dans la position vicieuse que nous avons indiquée, offre encore autour de son orifice la petite ulcération granuleuse qui existait le 26 : de son col s'écoule du mucus peu épais, à peine opalin et assez abondant. Le corps de l'utérus très peu mobile conserve la même position qu'aux examens précédents. Les brides du cul-de-sac droit sont moins nettement dessinées, enfin on ne sent plus dans le cul-de-sac gauche qu'un empâtement très vague et mal déterminé qui, sous l'influence du repos continu que la malade a gardé pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, remplace l'induration constatée lors de son entrée. Nous lui accordons sa sortie, mais en lui prescrivant de continuer pendant trois mois le traitement mercuriel. Depuis elle n'est pas revenue à l'hôpital, malgré la promesse qu'elle nous a faite de se représenter s'il lui survenait quelques accidents, et nous croyons qu'elle aurait tenu sa promesse.

Obs. XVI. (Inédite. Personnelle.) (*Mixte puerpéro-gonorrhéique.*) — F..., Marguerite, âgée de 20 ans, entrée le 31 août 1890, à Pascal, salle A, lit n° 17.

Antécédents héréditaires — Père en vie. Mère morte subitement d'une rupture d'anévrysme.

Antécédents personnels. — Convulsions étant enfant, quelques ganglions cervicaux suppurés. Rougeole, scarlatine. Réglée à 11 ans, mal, voyait tous les 3 mois. Déflorée à 15 ans 1/2. Abcès vulvaires, un à chaque lèvre (Bartholinite double). Fièvre typhoïde à 16 ans. Très bien portante avant sa grossesse ; devient enceinte l'an dernier, accouche en décembre d'un garçon mort-né, à Frascator, parce qu'on avait constaté une forte vaginite.

Douleurs en urinant. Après ses couches les pertes blanches, qui ne s'étaient montrées qu'avant, avaient disparu. En revanche elle souffrait dans le ventre de plus en plus. Ces douleurs avaient commencé au moment où elle fut déflorée et avaient persisté presque sans interruption. Cependant pas de pertes blanches, sauf au moment où sa grossesse commença.

Après son accouchement, immédiatement après, douleurs et pertes très abondantes. Ces pertes persistèrent, pas très fortes, mais continuelles jusqu'au vingtième jour ; à ce moment elle fut remontée dans le service de M. Balzer. C'est là qu'elle fut prise d'accidents péritonéaux assez intenses, ces accidents se calmèrent sous l'influence de la glace et des cataplasmes. Enfin elle quitta Lourcine en mars au moment de son retour de couches.

Pendant un mois elle n'eut ni douleurs, ni pertes blanches, ni pertes rouges, mais après ses époques menstruelles du mois d'avril elle fut reprise d'accidents douloureux et en même temps de pertes blanches qui durèrent jusqu'au jour où elle revint à l'hôpital. Depuis son retour de couches, toutes ses époques ont été hémorrhagiques.

État actuel. — Huit jours avant d'être descendue à Pascal, entre chez M. Balzer à Lourcine, salle Cullerier. Sur la demande de l'interne, M. Collinet, nous allâmes voir la malade. Nous trouvons une femme en proie à de très vives douleurs abdominales, dans le décubitus horizontal, n'osant faire un mouvement, le poids des couvertures lui était odieux et elle réclamait à grands cris une opération radicale. En touchant cette malade, ce qui est très douloureux, nous constatons l'utérus immobile, figé au milieu d'une tumeur rénitente très sensible. Nous la fîmes immédiatement transporter à Pascal.

Dès le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 1er septembre, nous examinons la malade. Cet examen très douloureux nous confirme dans le diagnostic que nous avions porté à Lourcine. M. Pozzi constate le col dans l'axe, un peu gros. Utérus en antécourbure normale. Culs-de-sac postérieurs et latéraux remplis par une tumeur très douloureuse qui paraît soudée à la face postérieure de l'utérus.

Diagnostic : Pyosalpinx probable avec périsalpingite.

La malade ayant commencé à perdre en rouge assez abondamment nous sommes obligés d'interrompre les examens, néanmoins la malade continua à souffrir.

M. Pozzi se décida à faire l'opération le plus tôt possible. Elle fut pratiquée le 12 septembre au matin.

Avant l'opération, examen sous chloroforme : col dans l'axe un peu gros. Utérus en antécourbure normale. Culs-de-sac postérieurs et latéraux remplis par une tumeur qui était très douloureuse et qui paraît soudée à la face postérieure de l'utérus.

Opération. — A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule un verre et demi de sérosité. On recherche les annexes du côté gauche, qui sont très adhérentes au bassin, à l'épiploon et à l'intestin ; en arrière les adhérences sont rompues par traction et dilacération et la trompe et l'ovaire très largement pédiculés sont amenés à l'extérieur et pris dans une double ligature. Une première double ligature enlève la majeure partie des trompes, mais on s'aperçoit que la quantité enlevée n'est pas suffisante et une seconde ligature est placée au-dessous péniblement, au voisinage de la corne utérine. La ligature de la corne utérine cède et on doit faire l'hémostase à l'aide d'un surjet au catgut. Cautérisation des moignons au thermo-cautère ; à droite la trompe suppurée et l'ovaire peuvent être décortiqués et enlevés.

Une petite quantité de pus s'échappe au moment de la section, drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

L'examen des pièces montre un double pyo-salpinx, l'ovaire est absolument confondu avec le pavillon de la trompe oblitérée ; le pus est crémeux, verdâtre.

L'ovaire est scléro-kystique. Absolument confondu avec la trompe et son aileron.

Il existe à gauche 2 petits kystes du volume d'une petite noisette dans l'aileron de la trompe, le contenu est séreux pour l'inférieur, opalin pour le supérieur; ils auraient évidemment fini par suppurer.

Côté droit : Il existe un kyste appendu à la partie inférieure du pavillon de la trompe franchement pédiculé, contenu séreux. En pressant sur la trompe on fait sourdre du pus par la tranche.

Les suites de l'opération ont été excellentes : la cicatrisation de la plaie abdominale a eu lieu par première intention le septième jour et on fait l'ablation des fils. Le vingt-cinquième jour la malade se lève et sort de l'hôpital au bout de trente-cinq jours complètement guérie. La malade a été revue depuis et est en parfaite santé.

Obs. XVII. (Inédite. Personnelle.) (*Mixte. Puerpero-gonorrhéique*). — Marie Jos..., âgée de 24 ans, domestique, entrée le 21 juin 1890 à Pascal, salle A, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans. Vers 12 ans elle avait beaucoup de fièvre, elle était très faible, le médecin avait dit qu'elle était anémique. Réglée pour la première fois à 13 ans 1/2, depuis elle a été réglée régulièrement ; les époques duraient 4 à 5 jours, pâles, peu abondantes, douloureuses, douleurs dans le bas-ventre. A 17 ans 1/2, première grossesse, enfant à terme vivant, accouchée par une sage-femme. Couche normale, pas de suites de couches, reste au lit 7 jours. Après cette couche, les règles ont toujours avancé et elle souffrait plus qu'avant au moment des époques. A 19 ans, fausse couche de deux mois et demi. Depuis cette fausse couche elle a eu des douleurs continuelles dans le bas-ventre, ces douleurs montaient vers l'épigastre. Elle n'a rien fait pour calmer ces douleurs. A 22 ans 1/2, deuxième fausse couche de deux mois et demi. Grande perte de sang avec caillots.

Elle entre à l'hôpital Andral où on lui dit qu'elle a fait une fausse couche. Fortes douleurs qui montaient vers les reins et descendaient vers les cuisses. Elle est traitée par les injections chaudes à l'eau phéniquée et reste à l'hôpital trois semaines. Elle a eu depuis continuellement des douleurs qui voyageaient à droite et à gauche dans les aines et qui montaient et descendaient. Ces douleurs existent encore très fortes. Elle voit toutes les trois semaines, les époques sont douloureuses, durent 10 jours. Entre les époques elle a depuis la première fausse couche des pertes blanches abondantes qui sentent.

Au palper on trouve la région sus-pubienne très douloureuse. Dans les aines la gauche est plus douloureuse que la droite.

Examen de M. Pozzi : Col en arrière, gros, entr'ouvert. Utérus en antécourbure exagérée, un peu gros. Cul-de-sac latéral gauche, petite tumeur cylindrique (trompe un peu hypertrophiée). A droite on trouve une tumeur grosse comme un œuf, séparée par un sillon du corps utérin et paraissant très adhérente à la partie postérieure.

Diagnostic : A gauche, salpingite parenchymateuse. A droite, soit pyo salpinx, soit maladie kystique de l'ovaire avec salpingite adhérente.

Opération.— A l'ouverture du ventre il s'écoule un certain degré d'ascite citrine. M. Pozzi ayant introduit ses doigts dans la plaie à la recherche des annexes du côté droit,rencontre d'abord une très forte adhérence à l'union de la paroi abdominale antérieure avec la fosse iliaque, constituée par un noyau ligneux du volume d'une noix qui unit intimement la trompe à la paroi abdominale.

Au moment où il déchire cette adhérence il s'écoule environ 2 ou 3 cuillerées de pus (périsalpingite suppurée). La tumeur étant dégagée on la sépare sans grande difficulté des adhérences filamenteuses qui la retiennent en arrière. Elle est amenée à l'extérieur et se trouve formée par une poche purulente de pyo-salpinx piriforme, très fluctuante qui occupe le tiers externe de la trompe droite et qui a le volume d'un œuf de pigeon. Elle contient une demi-cuillérée de pus grisâtre, dur, granuleux, très différent du pus crémeux qui s'était écoulé au commencement de l'opération et qui provenait de la péri salpingite.

Du côté gauche la trompe, du volume du pouce, très contournée sur elle-même, était unie par des adhérences filamenteuses aux parties voisines et en particulier à l'épiploon. Deux fils de catgut sont jetés sur ces adhérences et on résèque une petite portion d'épiploon, qui avait été détachée par dilacération.

L'ablation des annexes de ce côté se fait rapidement, la trompe était aussi transformée en pyo-salpinx, mais moins volumineuse (une cuillère à café de pus).

Ovaire gauche polykystique (kystes séreux du volume d'une noisette); du côté droit, l'ovaire paraissait sain.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie, attouchement de l'adhérence de la paroi abdominale où existait la périsalpingite suppurée avec solution phéniquée forte.

Obs. XVIII. (Inédite.) (*Péritonite puerpérale.*) — Blanche D..., âgée de 23 ans, repasseuse, entrée le 10 août 1891, salle Lenoir, lit n° 11, hôpital Necker (1).

Antécédents.— Rougeole, coqueluche, petite vérole volante, scarlatine dans l'enfance. Réglée à 17 ans.

Il y a deux ans, M. Piedvache lui a fait l'amputation du col utérin qui

(1) Cette observation m'a été obligeamment remise par mon collègue et ami, M. Buscarlet, interne du service.

était très long et sortait à deux centimètres en dehors de la vulve ; elle souffrait en marchant, avait beaucoup de pertes blanches, des excoriations aux cuisses.

Le 10 mai 1891, fausse couche de quatre mois, le placenta retenu est extrait de la cavité utérine par M. Appert, interne du service du Dr Peter ; la malade reste six semaines; phlébite de la jambe gauche ; elle sort bien portante.

Le 17 juillet, elle revient souffrant beaucoup dans le ventre, perdant constamment en blanc et en jaune.

Quelques jours après son entrée, elle est prise de douleurs très vives dans le ventre, avec vomissements et phénomènes péritonitiques. Durée 12 jours. Traitée par glace sur le ventre, etc. A ce moment, elle dit avoir évacué par le rectum une quantité de pus fétide pendant toute une journée, il a fallu trois fois faire le pansement, telle était l'abondance de l'écoulement. Ensuite elle a été très soulagée, mais elle continue à souffrir dès qu'elle fait un mouvement.

Le 10 août, elle passe dans le service de chirurgie.

Examen. — Malade un peu pâle, mais n'ayant aucune apparence d'hecticité ; gardant constamment la position du décubitus dorsal. Souffre dans les deux fosses iliaques, surtout au moment des règles.

Dès qu'on pratique le palper abdominal, elle ressent les douleurs les plus vives et cet examen en est rendu très difficile.

Par le toucher combiné au palper, on sent le col cicatriciel (amputé) tout en haut, derrière la symphyse du pubis, l'utérus absolument immobilisé ; en arrière et sur les côtés une masse semi-fluctuante se continuant avec deux autres masses qu'on sent par le palper de chaque côté de l'utérus, dans le petit bassin. Le toucher est extrêmement douloureux, donne absolument la sensation d'une poche-purulente englobant l'utérus, surtout du côté droit. A la suite de chaque examen, la température s'élève à 39° et les douleurs durent toute la journée. Au repos, les douleurs cessent au bout d'un jour ou deux, la température redevient normale.

Jusqu'au 3 septembre, la malade est tenue en observation (injections de sublimé chaudes, l'état ne s'améliorant pas, au contraire, l'intervention demandée depuis longtemps est décidée,

Le 3 septembre, hystérectomie vaginale.

Rendue très difficile par l'amputation ancienne du col utérin et la fixation de l'utérus. Malgré tous les efforts, le fond de l'utérus doit être laissé. Au moment de l'incision du cul-de-sac postérieur, ouverture d'une poche remplie de liquide citrin. Ce n'est qu'après l'ablation de l'utérus qu'on peut ouvrir une grosse poche située au niveau de la trompe gauche ; écoulement d'un pus infect, putride (streptocoques en quantité) en grande quantité.

Des éponges montées sont laissées dans la poche. Ablation des pinces 36 heures après ; pendant 2 jours la malade est très faible, vomit continuellement. Injections de sérum-pilules d'extrait thébaïque.

Le 4e jour ablation d'éponges, injection.

Depuis ce moment pansement tous les jours et injection ; l'écoulement fétide, de moins en moins abondant, cesse.

Le 1er octobre, le toucher ne permet plus de reconnaître aucune masse suspecte dans le petit bassin. La malade a engraissé, ne souffre plus du tout, se lève depuis trois semaines et demande à s'en aller chez elle.

Pendant l'opération. du pus fut recueilli dans une pipette, l'examen en fut pratiqué sur lamelles et donna au microscope de nombreux cocci en chaînettes. Des inoculations furent faites aux animaux (cobayes et lapins). De plus, on fit des cultures sur gélose et sur plaque de Petri et on obtint d'abord des streptocoques, puis le bacterium coli commune.

Obs. XIX (Inédite). Due à l'obligeance de mon ami le Dr Bourges. — *Péritonite purulente à streptocoque, secondaire à une salpingo-ovarite consécutive à une fausse-couche datant d'un an.*— La nommée Francine B..., âgée de 18 ans, employée dans une fruiterie, entre le 7 mars 1890 dans le service de M. le professeur Proust, salle Sainte-Madeleine, au lit n° 20 (Hôtel-Dieu). La malade a toutes les apparences d'une constitution robuste. Son père est bien portant ; sa mère est morte poitrinaire. Sa sœur est hémiplégique depuis quatre ans.

Il y a trois ans, elle a eu une grossesse qui s'est terminée par un accouchement normal. Mais elle s'est levée trop tôt après ses couches et a eu un début de péritonite (?) qui a duré huit jours.

Au commencement de l'année 1889, elle a fait une fausse couche suivie pendant un mois de métrorrhagies abondantes. Trois mois après, elle est obligée d'entrer à l'hôpital Laënnec où elle est soignée par M. le Dr Routier, qui, dit-elle, a diagnostiqué une métro-salpingite. Elle n'a été soumise à aucune opération chirurgicale, mais traitée par le repos et l'antisepsie vaginale (tampons iodoformés). Au bout de trois semaines environ, elle est sortie de l'hôpital ne se sentant plus malade. Depuis lors, elle ne souffrait pas, était bien réglée, lorsqu'il y a trois jours, sans raison appréciable, elle a été prise de vomissements et de fièvre accompagnés d'une douleur hypogastrique très vive.

État actuel: La malade se plaint d'une rachialgie violente accompagnée de vives douleurs dans le bas-ventre, principalement à gauche. Elle a de la céphalalgie et de l'anorexie, et depuis trois jours est très constipée. Température vespérale, 39°,2 dans le rectum. La langue est saburrale. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression au niveau de l'hypogastre. Pas de vomissements.

Le toucher vaginal est extrêmement douloureux. Le col est très gros et chaud, l'utérus immobilisé ; on sent au niveau des culs-de-sac, surtout du côté gauche, une résistance très prononcée. Application de 15 sangsues à l'hypogastre.

8 mars. Température matin, 37°,6 ; soir, 37°,6. La malade est très soulagée, la palpation peu douloureuse au niveau de l'abdomen.

Les 9, 10 et 11. Température normale. L'amélioration est de plus en plus sensible. La malade est gaie, a de l'appétit.

Le 12. Température matin, 38°,4, malgré l'élévation de la température,

Les poumons, les reins, le foie, la rate ne présentent pas d'autre lésion apparente qu'une congestion assez intense.

Examen bactériologique, fait au laboratoire de M. Strauss : pendant l'autopsie on recueille dans des pipettes stérilisées du pus de la cavité abdominale et du pus contenu dans la trompe gauche.

Frottis de lamelles ; toutes les préparations faites avec le pus recueilli montrent une grande quantité de longues chaînettes de cocci présentant tous les caractères du streptococcus pyogenes.

Culture. Dans des tubes de gélatine, de bouillon et d'agar. Elles sont identiques à celles que donne le streptococcus pyogenes.

Inoculations aux animaux.— *Un lapin* est inoculé dans le tissu cellulaire de l'oreille avec 1/2 centim. cube de bouillon ensemencé avec le pus recueilli dans le péritoine. Le lendemain rougeur diffuse au point d'inoculation; 6 jours après abcès au point d'inoculation. Le pus examiné ne contient qne des streptocoques.

Un lapin est inoculé dans la veine marginale de l'oreille avec 1/2 centim. cube de bouillon ensemencé avec le pus recueilli dans le péritoine. Il meurt au 4e jour. Des tubes de gélose ensemencés avec le sang du cœur, du foie et de la rate donnent en 24 heures à l'étuve à 36°, des cultures pures de streptococcus pyogenes.

Un cobaye est inoculé dans le tissu cellulaire abdominal avec quelques gouttes de bouillon ensemencé avec le pus recueilli dans la trompe. On ouvre au 5e jour un abcès dont le pus ne contient que des streptocoques.

Deux souris blanches sont inoculées à la racine de la queue avec quelques gouttes de bouillon ensemencé avec le pus recueilli dans le péritoine. Elles meurent toutes deux au 3e jour. Le sang du cœur ensemencé sur gélose mise à l'étuve à 36° donne des cultures pures de streptocoques.
pas de douleurs, état général excellent.

Le 13. Température matin, 36°,6 ; soir, 37°. État très satisfaisant.

Le 14. Température matin, 39° ; soir 38°,4. Dans la matinée, la malade a sauté à bas de son lit pour voir passer un char de la Mi-Carême. Elle a été prise presque aussitôt de douleurs abdominales très vives et de vomissements. Le visage est pâle, les traits tirés. Le pouls rapide. On fait une nouvelle application de 15 sangsues sur l'abdomen.

Le 15. Température matin, 38° ; soir, 38°,4. Même état.

Le 16. Température matin, 38°4 ; soir, 39°. Les vomissements et la douleur abdominale persistent. Le ventre se ballonne.

Le 17. Température matin, 37°,8 ; soir, 38°,6. Ventre très douloureux et ballonné dans toute son étendue. Facies péritonéal. Sueurs froides. Pouls petit. Vomissements assez rares. Glace en permanence sur le ventre. Injections sous-cutanées de morphine.

Le 18. Température matin, 37°,5 ; soir, 39°. Hoquets fréquents. Délire. Langue rouge et sèche. Pouls misérable. Légère teinte subictérique des téguments.

Le 19. Température matin, 39°. Depuis hier soir, les vomissements sont noirâtres. La malade a eu du délire toute la nuit. Ce matin, les vomissements sont très abondants, noirs comme de la suie.

Autopsie le 20 mars (26 heures après la mort).— Les téguments ont conservé une teinte subictérique. Le ventre est ballonné. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve de nombreuses adhérences récentes, peu résistantes, des anses intestinales entre elles et avec la paroi abdominale. Le péritoine est dépoli, infiltré de petites plaques de pus verdâtre très épais, presque concret. Ces collections purulentes sont abondantes surtout au niveau de la face inférieure du foie et de l'hypogastre.

On retire les organes génitaux avec une grande difficulté. Ils sont enchâssés dans une masse de brides néo-membraneuses et de petits kystes purulents, au milieu desquels on reconnaît difficilement les trompes et les ovaires. Ces organes paraissent surtout altérés du côté gauche. La trompe gauche infiltrée de pus est tordue sur elle-même. Au voisinage de l'ovaire gauche, qui est le siège de petits kystes séro-purulents, se voit une collection purulente du volume d'une noix. On retrouve au niveau des deux plèvres dépolies, deux petites plaques purulentes. Les cavités pleurales ne contiennent pas de liquide.

Obs. XX. (Inédite. Personnelle). (*Péritonite puerpérale*) — La nommée Sch... Marie, femme St..., agée de 18 ans, entrée le 17 mars 1891, hôpital Necker.

Cette jeune femme est accouchée le 11 mars chez une sage-femme des environs, le 3e jour de ses couches, elle fut prise d'un violent frisson avec élévation brusque de la température, un médecin fut appelé qui n'examina pas la malade mais lui conseilla d'entrer à l'hôpital, le conseil ne fut malheureusement pas aussitôt suivi et sans qu'il nous soit possible d'établir les responsabilités disons que le 6e jour seulement la malade fut conduite chez M. Rigal.

Le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 18 mars à 1 heure après-midi, nous voyons la malade à laquelle le chef de service avait ordonné de faire des injections intra utérines, on la transporta pour cela dans mon service chez le professeur Dieulafoy. Dès que nous eûmes regardé cette pauvre femme notre conviction fut faite, elle était perdue. Son visage exprimait une angoisse extrême. Les extrémités froides contrastaient avec la température du reste du corps qui avait atteint le matin 40°,4. Depuis la veille elle avait eu deux violents frissons et lorsque nous l'interrogeâmes elle nous raconta que depuis le 14 mars au soir 3e jour après des couches ou elle a eu son premier frisson elle n'a cessé d'être ainsi secouée à intervalles irréguliers, hier un tremblement violent.

Son ventre est ballonné et le moindre mouvement arrache des cris à la

malade. Nous pratiquons immédiatement une injections intra-utérine. Le col est largement entr'ouvert et l'utérus non revenu sur lui même conserve les dimensions d'un utérus en gestation de 4 mois. Le soir nous lui fîmes une deuxième injection. Mais tout cela était inutile et déjà la péritonite puerpérale était généralisée.

Le lendemain 19 à 3 heures de l'après-midi la mort de la malade, arrivée 48 heures après son entrée, venait confirmer le pronostic que nous avions porté et absoudre l'insuffisance de notre traitement.

2 heures 3/4 après la mort avec les précautions d'usage nous pratiquâmes une ponction ou plutôt nous fîmes une petite incision et avec une pipette stérilisée nous retirâmes un liquide louche granuleux, séro-purulent.

L'autopsie faite 24 heures après la mort nous montra toute les lésions de la péritonite puerpérale, d'abord l'odeur spéciale et si tenace puis le liquide louche séro-purulent rempli de fausses membranes qui nageaient. L'utérus recouvert d'une fausse membrane adhérente. Les parties déclives remplies de pus légèrement fétide, les trompes également injectées et remplies de pus. Enfin en ouvrant l'utérus nous pûmes nous convaincre qu'une délivrance incomplète était la cause première des accidents, le fond de la cavité utérine était rempli de déchets fistulagineux et au fond entre les 2 trompes persistait une plaque de placenta de la largeur de la main, très adhérente.

Avec le pus recueilli et le concours notre collègue et ami Boulloche nous avons procédé :

1° A l'examen direct de ce pus étalé sur une lamelle et nous y avons trouvé de nombreuses chaînettes de cocci ne se décolorant pas par la méthode de Gram.

2° Ensemencé sur les tubes d'agar il a donné lieu au développement de nombreuses colonies de streptocoques.

3° Une souris blanche à été inoculée sous la peau du dos avec quelques gouttes du pus provenant de la cavité péritonéale. Elle a succombé au bout de 16 heures et nous avons pu par les cultures et dans l'examen direct du sang et des principaux viscères, foie, rate, retrouver isolés des streptocoques.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine et de chirurgie.— Art. Péritonite. Art. Blennorrhagie.
Dictionnaire des sciences médicales. — Art. Péritonite.
Bernutz et **Goupil**. — *Clinique médicale sur les maladies des femmes,* 1862.
Bernutz. — *Traité de la pelvi-péritonite.*
Courty. — *Maladies des femmes.* Asselin.
Martineau. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes,* 1880.
Pozzi. — *Traité de gynécologie,* 1890, Masson. Périmétro-salpingite, p. 609 à 659 ; 671, 673 à 690.
Wegner. — Remarques chirurgicales sur la cavité péritonéale. *Archives für Klinisch. Chirurgie,* 1877, p. 50 à 145.
Grawitz. — Travail de statistique et d'expérimentation sur la péritonite. *Annales de la Charité,* 1880, v. XI.
Pawlowsky. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la production de la péritonite aiguë. *Centralblat für Chirurgie,* 1887, n° 48. *Archives de Virchow,* 1889 v. CXVIII, p. 469.
Gordon. — Péritonite chez la femme. Ses causes, ses effets, son traitement. *Am. J. of obstetrics,* août 1890, p. 80, traduit et analysé dans les *Ann. de gynécologie,* juin 1891, p. 486.
Bumm, Privat docent à l'université de Wurtzbourg : 1° Sur l'étiologie des péritonites infectieuses. *Munch. med. Woch.,* 1889, p. 62, 1890, p. 10. *Annales de gynécologie,* janvier 1890. — 2° Communication au 4° *congrès de la Société allemande de gynécologie.* — 3° De l'importance de l'infection gonnorhéique dans l'étiologie des affections génitales de la femme. *Nouvelles archives de gynécologie,* (Doléris), juin 1891, p. 277.
Menge. — Sur la maladie gonnorhéique des trompes. Congrès de Berlin. *Zeitsch. f. Geb. u. Gynecol.,* Bd XXXI, 1891, p. 19.
Boisleux. — Beitrage zur bacteriolischen untersuchung von Bechenabienen und. Tuben und ova krangungen. *Bericht. über die Verh. der Gesells. f. Geb. u. Gyn.,* 1890.
Laruelle. — Etude bactériologique sur les péritonites par perforation. *La Cellule,* de Louvain, t. V, 1er fasc.
Fraenkel. — Zur etiologie des peritonites. *Munch. Woch.,* 1890, 2, 4. — Polémique entre Fraenkel et Bumm. *Munchen,* 1890, 10, 11.
Tirno. — *Péritonite primitive purulente.* Mayrier, 1889, 7.
Predol. — Untersuchungen zur ætiologie des peritonites. *Munchen med. Wehrun* 1890, XXXVII, p. 22.
Pernice. — Péritonite expérimentale. *Rivista interna di medicina e chirurgia,* 1887.
Wertheim, de Prague. — Du rôle de la blennorrhagie dans les affections génitales, de la femme, 4e congrès. *Société de gynécologie allemande, Mercredi médical,* n° 18,

p. 352, 15 juillet 1891. — 2° Contribution à l'étude de la blennorrhagie chez la femme. *Wiener Klinisch. Wochens.*, 1890.

Waterhouse. — Experimentale untersuchung über peritonites. *Arch. Virchow*, 1890, t. CXI, fasc. 2, p. 342.

Gyll-Wylie. — *American J. of obstetric.*, mars 1890, p. 347.

Reichel. — Beitrage zur ætiologie und chirurgischen therapie der septischen peritonitis. *Deuts. Zeitschrift f. Chirurgie*, t. XXX, n° 1.

Schmidt. — Contribution à l'étude de la gonorrhée des trompes. *Arch. für Gyn.* 1889.

Sänger. — Affections blennorrhagiques des trompes, traduction par Labusquière. *Annales de gynécologie*. Pinard, 1890.

Hemsihneider. — Siège de l'infection blennorrhagique chez la femme. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1887, n° 17.

Zweifel. — Compte rendu du Congrès de Berlin sur l'étiologie des péritonites aiguës.

Revue générale dans la *Gazette des hôpitaux*, par Courtois-Suffit et Achalme, 1890.

Westermark. — *Centr. f. Gyn.*, n° 10, 1886.

Orthmann. — *Berlin. Klin. Woch.*, n° 14, 1887.

Widal. — Thèse de doctorat, 1889. — Steinheil.

Requin. — *Éléments de pathologie médicale*, 1846. XI.

Noggerath. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1887.

Schmitt. — *Arch. fur Gyn.* Bd XXXV. Heft 1.

Freund. — *Volkm. Samml. kl. Vortr.*, 1889, n° 323.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE